

# ersatzkasse magazin.

DIE ZEITSCHRIFT  
DES VERBANDES DER  
ERSATZKASSEN E. V.  
SEIT 1916

G20634

2. AUSGABE 2023



## Sozialwahl 2023

Rund 52 Millionen Versicherte und Rentner:innen wählen ihre ehrenamtlichen Vertreter:innen in den Sozialparlamenten der Krankenkassen und Rentenversicherung

## »Krankenhausplanung muss Sache der Länder bleiben«

Im Interview nimmt GMK-Vorsitzender Manfred Lucha Stellung zur geplanten Krankenhausreform

## Die Pflegereform greift zu kurz

Finanzielle Stabilität ist mit dem Entwurf für ein neues Pflegegesetz nicht in Sicht

**vdek**  
Die Ersatzkassen

## DIE MITGLIEDSKASSEN

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland krankenversichern.



### Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140  
22305 Hamburg  
Tel.: 0 40/69 09-17 83  
Fax: 0 40/69 09-13 53  
pressestelle@tk.de  
www.tk.de/presse  
@TK\_Presse

## BARMER

### BARMER

Postfach 11 07 04  
10837 Berlin  
Tel.: 08 00/333 1010  
Fax: 08 00/333 0090  
service@barmer.de  
www.barmer.de  
@BARMER\_Presse



### DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31  
20097 Hamburg  
Tel.: 0 40/2364 855-0  
Fax: 0 40/334 70-12 34 56  
service@dak.de  
www.dak.de  
@DAKGesundheit



### KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61  
30625 Hannover  
Tel.: 05 11/28 02-0  
Fax: 05 11/28 02-99 99  
service@kkh.de  
www.kkh.de  
@KKH\_Aktuell



### hkk-Handelskrankenkasse

Martinstraße 26  
28195 Bremen  
Tel.: 04 21/36 55-0  
Fax: 04 21/36 55-37 00  
info@hkk.de  
www.hkk.de  
@hkk\_Presse



### HEK-Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
Tel.: 08 00/0 213 213  
Fax: 0 40/6 56 96-12 37  
kontakt@hek.de  
www.hek.de  
@HEKonline

---

**@vdek\_Presse** PK des Bundeswahlbeauftragten im #BMAS. Sozialwahl 2023 für 22 Mio. Mitglieder der #Ersatzkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk auch online möglich. „Ich bin den Ersatzkassen dankbar, dass sie etwa 20 Jahre lang für die Online-Sozialwahl gekämpft haben“, so Peter Weiß.

**@vdek\_Presse** #UlrikeElsner anlässl. @DKGev-#Krankenhausgipfel: Versicherte erwarten, dass alle Beteiligten Verantwortung für Gestaltung einer zukunftsfähigen Krankenhausversorgung übernehmen. Blick auf dieses gemeinsame Ziel richten und #Krankenhausreform jetzt angehen.



EDITORIAL

# Meilensteine und Herausforderungen

2023 ist Sozialwahl-Jahr. Zum Stichtag 31. Mai können rund 52 Millionen Ersatzkassen- und Rentenversicherte wieder ihre Vertreter:innen in die Sozialparlamente wählen. Die TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk bieten erstmals auch eine Online-Wahloption an – ein Meilenstein! Mit Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha, der 2023 der Gesundheitsministerkonferenz vorsteht, haben wir über die geplante Krankenhausreform gesprochen. Eckpunkte sind erst im Sommer zu erwarten. Im Bundeskabinett verabschiedet wurden hingegen vor der Osterpause ein Gesetz zur Verhinderung von Lieferengpässen und die Pflegereform. Dass bei letzterer die geplanten Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige auf den letzten Metern noch einmal reduziert wurden, ist mehr als enttäuschend. Ohnehin wird mit dem Gesetz keine finanzielle Stabilität erreicht. So misslingt leider die dringend notwendige Pflegereform.

**Michaela Gottfried**

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

---

Die Digitalisierungsstrategie für Gesundheit und Pflege ist eine gute Grundlage für eine moderne und vernetzte Versorgung. Wichtig ist, dass statt des technisch Möglichen der konkrete Nutzen für die Versicherten fokussiert wird.

→ **Mehr dazu auf Seite 15**

Während Corona sind die Wellen klassischer Infektionskrankheiten bei Kindern ausgeblieben, zeigt der Arztreport der BARMER auf. Insbesondere bei Scharlach droht nun ein intensiver Nachholeffekt mit schweren Verläufen.

→ **Mehr dazu auf Seite 50**



34

## »Krankenhausplanung muss Sache der Länder bleiben«

**POLITIK & VERSORGUNG** Der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), Manfred Lucha, bewertet die geplante Krankenhausreform im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Im Mittelpunkt der Reform müssten die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger vor Ort stehen. Krankenhausplanung sei daher aus gutem Grund Ländersache.

24

ersatzkasse  
magazin.  
online

[www.vdek.com/magazin](http://www.vdek.com/magazin)



18

# Sozialwahl 2023

**SCHWERPUNKT** Rund 52 Millionen wahlberechtigte Versicherte der Ersatzkassen und Rentnerinnen und Rentner der DRV Bund entscheiden, wer sie in den jeweiligen Sozialparlamenten vertritt. Bei der diesjährigen Sozialwahl ist neben der Briefwahl auch erstmalig eine digitale Stimmabgabe möglich. Stichtag für die 13. Sozialversicherungswahlen seit Bestehen der Bundesrepublik ist der 31. Mai 2023.



## Datenaustausch kann Leben retten

**POLITIK & VERSORGUNG** In Deutschland werden Diskussionen rund um den Datenschutz im Gesundheitswesen oft von einem Standpunkt der Datenverarbeitungsverbinderung aus geführt. Dabei können sich durch verantwortungsvolle Datenverarbeitung auch positive Entwicklungen ergeben. Das zeigt auch ein Blick auf europäische Nachbarländer.

### AKTUELL

- 6 Millionenschaden durch Fehlverhalten
- 7 Personalien
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Aktuelle Gesetzesvorhaben

### POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Not in der Notfallaufnahme
- 12 Pflegereform greift zu kurz
- 15 Digitalisierung: Auf einem guten Weg
- 17 Kommentar
- 18 Datenaustausch kann Leben retten
- 20 AMNOG-Report
- 22 Lehren aus der Corona-Pandemie
- 24 Interview: Manfred Lucha
- 29 #regionalstark
- 33 Einwurf

### SCHWERPUNKT

- 36 Sozialwahlkampagne 2023
- 42 Digitale Abstimmung
- 43 Stimmen zur Sozialwahl 2023
- 44 Interview: Uwe Klemens
- 46 Fragen und Antworten

### ERSATZKASSEN

- 48 Homeoffice-Trend schwächt sich ab
- 49 Anstieg bei Augenerkrankung
- 50 Kindern droht heftige Infektionswelle

### VERMISCHTES

- 52 vdek-Basisdaten 2023 erschienen
- 53 Podcast: We Are Family
- 54 PS: Kartoffelchips oder Rohkost
- 54 Impressum

# Millionenschaden durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Ungeachtet pandemiebedingt gesunkener Hinweis- und Fallzahlen sind im Gesundheitswesen durch Fehlverhalten Schäden im dreistelligen Millionenbereich entstanden. **Insbesondere die häusliche Krankenpflege entwickelte sich zu einem Brennpunkt der Fehlverhaltensbekämpfung.** Das geht aus dem Vorstandsbericht des GKV-Spitzenverbandes über die „Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ hervor. Obwohl während der Corona-Pandemie nicht in der bisherigen Intensität geprüft werden konnte, betrage der ermittelbare entstandene Schaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung rund 132 Millionen Euro, erklärte Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. Die hohen Millionenbeträge fehlten der Solidargemeinschaft bei der Versorgung der Versicherten, seien aber vermutlich nur ein Bruchteil des tatsächlichen Schadensumfangs. Der GKV-Spitzenverband appellierte an die Bundesregierung, eine kriminologische Dunkelfeldstudie zu veranlassen, wie es die Justizministerkonferenz bereits im letzten Jahr einstimmig beschlossen hat. *pm*

→ [bit.ly/42WrtXX](https://bit.ly/42WrtXX)



# 37

## DIE ZAHL

Um 37 Prozent wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen allein durch die zunehmende Alterung bis 2055 zunehmen. Laut dem Statistischen Bundesamtes (Destatis) wird ihre Zahl von rund fünf Millionen Ende 2021 auf etwa 6,8 Millionen im Jahr 2055 ansteigen. Nach 2055 sind keine starken Veränderungen mehr zu erwarten, da die Babyboomer dann durch geburtenschwächere Jahrgänge im höheren Alter abgelöst werden.



## Unterstützungsanspruch auf Medizinprodukte ausweiten

Anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Patientenrechtegesetzes fordert Uwe Klemens, ehrenamtlicher Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), den Unterstützungsanspruch durch die Krankenkasse bei Behandlungsfehlern auch auf schadhafte Medizinprodukte zu beziehen. Seit Inkrafttreten des Gesetzes 2013 werden Versicherte bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen verpflichtend von ihrer Krankenkasse unterstützt, beispielsweise bei nicht fachgerecht eingesetzten Herzschrittmachern oder künstlichen Gelenken. Ist aber das Medizinprodukt selbst fehlerhaft, gibt es kein Recht auf Unterstützung durch die Krankenkasse. Dieser Missstand sollte im Interesse der Patientinnen und Patienten schnell korrigiert werden, so der Versichertenvertreter. Zu Medizinprodukten zählen Implantate, Infusionen, Verbandstoffe und Röntgengeräte. In den letzten 20 Jahren wurden etwa 135.000 Medizinprodukte erstmals zugelassen. Parallel dazu nehmen die Auffälligkeiten bei Medizinprodukten zu: Die Zahl sogenannter Risikomeldungen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat sich in zehn Jahren von etwa 8.200 auf über 32.000 fast vervierfacht. *pm*



## Bestätigung und Ergänzung des Vorstands der KKH

Der Verwaltungsrat der KKH Kaufmännische Krankenkasse hat den Vorsitzenden des Vorstands, **Dr. Wolfgang Matz** (Foto oben), einstimmig in seinem Amt bestätigt. Matz, Jahrgang 1968, gehört dem Vorstand seit 2017 an und verantwortet derzeit als Alleinvorstand sämtliche Unternehmensbereiche. Vor seinem Eintritt in die KKH leitete der promovierte Theologe das strategische Personalmanagement bei der TÜV Nord Group. Zudem berief der Verwaltungsrat **Stephanie Engelmann** (Foto unten) zum 1. Juni 2023 als weiteres Mitglied in den Vorstand der KKH Kaufmännische Krankenkasse. Seit 2020 leitet die Wirtschaftsjuristin bei der KKH den Bereich Stationäre Versorgung, Rehabilitation, Prävention und Zahnversorgung. Künftig bildet sie gemeinsam mit Matz den Vorstand und wird die Geschäftsbereiche Leistungen und Beitrag sowie Kundenbindung und Kundengewinnung verantworten. *pm*





## AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

[g-ba.de](http://g-ba.de)

### Medizinisches Cannabis

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Detailregelungen beschlossen, die zukünftig bei der ärztlichen Verordnung von medizinischem Cannabis als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Diese Regelungen stellen keine zusätzlichen Anforderungen an die Verordnung von medizinischem Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten, die über die gesetzlich zwingenden und für den G-BA verbindlichen gesetzlichen Verordnungsvoraussetzungen hinausgehen, betonte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA. Ziel sei es, die

Patientenversorgung mit dieser zusätzlichen Therapieoption bei schweren Erkrankungen im Bedarfsfall sicherzustellen.


### Erkenntnisse zur Krankheitslast

Eine neue Datenanalyse stellt die Krankheitslast regional differenziert dar und kann eine bedarfsgerechtere Gesundheitsversorgung unterstützen. Daher hat der Innovationsausschuss beim G-BA empfohlen, die Erkenntnisse aus dem beendeten Förderprojekt mit dem Titel BURDEN 2020 zur Krankheitslastrechnung in die Versorgung zu überführen. Das entwickelte Konzept zur Datenanalyse kann dazu beitragen, die Versorgungsangebote in Deutschland stärker an der Krankheitslast der Bevölkerung auszurichten und dabei auch regionale Unterschiede zu berücksichtigen.

### Eigenständigkeit der Hebammenhilfe

Die Mutterschafts-Richtlinien sollen ausschließlich die ärztlichen Leistungen in der Schwangerenvorsorge und für Frauen im Wochenbett regeln – nicht jedoch den Betreuungsumfang durch Hebammen. Die in den Richtlinien enthaltene Aufzählung von Leistungen, die von den Ärztinnen und Ärzten an Hebammen delegiert werden können, wurde entsprechend gestrichen. Mit der Streichung wird dem Missverständnis entgegengewirkt, dass diese Leistungen nur nach einer ärztlichen Delegation Teil der Hebammenhilfe sein können. Den grundsätzlichen Anspruch von Schwangeren auf Hebammenhilfe definiert bereits das Sozialgesetzbuch (§24d SGB V). *pm*

 **25.–27.04.2023** Bei der **DMEA 23** dreht sich auf dem Berliner Messegelände alles um Digital Health. Mehr als 700 Aussteller und über 80 Startups sind angekündigt, dazu rund 150 Programmpunkte zur Digitalisierung im Gesundheitswesen.  
→ [bit.ly/3U6OG5Y](https://bit.ly/3U6OG5Y)

 **11.05.2023** Auf der hybriden Veranstaltung **#Deutschland-ErkentSepsis** geben das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und seine Partner Einblicke in die Erfolge ihrer Kampagne und diskutieren Strategien zur Bekämpfung von Sepsis.  
→ [bit.ly/3KwWfzr](https://bit.ly/3KwWfzr)



## PRESSESCHAU

### Digitalisierung

„Wer die Digitalisierung beschleunigen will, muss den konstruktiven Input der Kritiker aufnehmen und die Systeme auf Herz und Nieren dahingehend prüfen, ob sie tatsächlich [...] medizinische Erkenntnisse zum Wohle der Patienten fördern. Wer hingegen unfertige Software mit überstürzten Zwangsterminen verordnet, darf sich nicht wundern, wenn er Vertrauen verspielt und Widerstand provoziert.“

c't, 25.03.2023

### Ampel

„Die Liberalen haben Recht, dass vor allem die GKV-Ausgaben sinken müssen. Lauterbachs Pflege- und Krankenhauspläne sehen nicht danach aus, seine Kassenreform lässt auf sich warten. Ein doppelter Fehler der FDP war es, im Koalitionsvertrag erst mehr Steuergeld zu versprechen und jetzt zu kneifen. Auch in der Gesundheitspolitik macht die Ampel keine gute Figur.“

FAZ, 27.03.2023

### UPD

„Ein weiterer Mühlstein für die neue UPD ist ihre verquere Finanzierung aus GKV-Beiträgen. Allen Ernstes erklärten die Grünen, dies habe sich ‚bewährt‘ und gehe mit größerer Unabhängigkeit einher als die ‚parlamentarische Freigabe von Haushaltsmitteln‘. Der Gesetzgeber traut sich nicht zu, verlässlich 15 Millionen Euro für diese wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe mobilisieren zu können.“

ÄRZTE ZEITUNG, 27.03.2023



## Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG

 **Kabinettsentwurf** vom 05.04.2023  
 **Inkrafttreten** im Kern zum 01.07.2023

- Zum 1. Juli 2023 soll der allgemeine Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) um 0,35 Prozentpunkte auf 3,4 Prozent steigen. Zugleich soll mit dem Gesetzentwurf die Umsetzung der Anforderungen des Urteils durch das Bundesverfassungsgericht erfolgen, das eine stärkere Differenzierung des Pflegebeitrags nach der Kinderzahl verlangt. Der Kinderlosenzuschlag steigt von 0,35 Prozent auf 0,6 Prozent.
- Die abgestuften Beitragssätze für Eltern mit Kindern sind wie folgt:
  - Eltern mit zwei Kindern (unter 25 Jahren): Beitragssatz 3,15 statt 3,4 Prozent.
  - Eltern mit drei Kindern (unter 25 Jahren): Beitragssatz 2,90 statt 3,4 Prozent
  - Eltern mit vier Kindern (unter 25 Jahren): Beitragssatz 2,65 statt 3,4 Prozent
  - Eltern mit fünf und mehr Kindern (unter 25 Jahren): Beitragssatz 2,4 statt 3,4 Prozent
- Die Bundesregierung wird ermächtigt, unter im Gesetzentwurf definierten Umständen den allgemeinen Beitragssatz per Rechtsverordnung mit Beteiligung des Bundesrats anzuheben.
- Zum 1. Januar 2024 sollen Pflegegeld und die ambulanten Pflegesachleistungsbeträge um jeweils fünf Prozent angehoben werden. 2025 und 2028 sollen die Geld- und Sachleistungen entsprechend der Preisentwicklung weiter angepasst werden. Zudem sollen die Leistungszuschläge zur Reduktion der Eigenanteile in der stationären Pflege zum 1. Januar 2024 um fünf bis zehn Prozent steigen.

→ **Mehr dazu auf Seite 12**



## AKTUELLE GESETZESVORHABEN\*

### Arzneimittel-Lieferengpass- bekämpfungsgesetz – Versorgungsverbesserungsgesetz – ALBVVG

 **Kabinettsentwurf** vom 05.04.2023  
 **Inkrafttreten** im Kern am Tag nach Verkündung – voraussichtlich im Sommer 2023

- Einrichtung eines Frühwarnsystems beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das drohende versorgungsrelevante Lieferengpässe bei Arzneimitteln frühzeitig erkennen soll
- Das BfArM soll eine aktuelle Liste der Lieferengpässe bei Arzneimitteln mit versorgungrelevanten und versorgungskritischen Wirkstoffen auf seiner Internetseite bekannt machen.
- Arzneimittel mit altersgerechten Darreichungsformen für Kinder sollen zukünftig nicht mehr der Festbetragsgruppenbildung unterliegen.
- Das BfArM erstellt eine Liste von Arzneimitteln, die für die Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres notwendig sind. Für diese sollen bestehende Festbeträge durch den GKV-Spitzenverband innerhalb von sechs Wochen aufgehoben werden.
- Für Arzneimittel, die im Großhandel nicht verfügbar sind, werden vereinfachte Austauschregelungen in der Apotheke vorgesehen. Zum Management von Lieferengpässen erhalten Apotheker:innen einen Zuschlag in Höhe von 50 Cent (netto) pro ausgetauschtem Arzneimittel. Auch dem Großhandel wird ein Zuschlag für das Engpassmanagement in Höhe von 50 Cent zugestanden.
- Versicherte werden von erhöhten Zuzahlungen entlastet, sofern die Apotheke mit abweichenden Packungsgrößen versorgt.

- Bei Arzneimittelrabattverträgen für Generika sollen die Vertragspartner:innen der Krankenkassen künftig den Bedarf für mehrere Monate vorrätig halten. Bei der Vertragsvergabe sollen die Kassen zudem Unternehmen mit Wirkstoffproduktion in Europa bevorzugen. Dies soll jedoch zunächst nur für Antibiotika gelten.
- Für krankenhausversorgende Apotheken und Krankenhausapotheken werden erhöhte Bevorzugungsverpflichtungen eingeführt.  
→ **Mehr dazu auf Seite 33**

### Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozial- gesetzbuch – Stiftung Un- abhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Ände- rung weiterer Gesetze

 **Kabinettsentwurf** vom Deutschen Bundestag am 16.03.2023 beschlossen  
 **Inkrafttreten** am Tag nach Verkündung – voraussichtlich im April 2023

Kern des Gesetzes ist es, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) im Rahmen einer rechtsfähigen Stiftung bürgerlichen Rechts neu zu strukturieren und dauerhaft zu implementieren. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung soll dem Stiftungsrat vorsitzen. Dem GKV-Spitzenverband werden zwei Stimmen im 15-köpfigen Stiftungsrat gewährt. Auch die Patientenorganisationen sollen einen Sitz erhalten. Der GKV-Spitzenverband soll bei Entscheidungen über die Bestellung und Abberufung des Stiftungsvorstands sowie bei Satzungsänderungen stimmberechtigt sein. Auch erhält er ein Einspruchsrecht bei Haushaltsangelegenheiten. Der GKV-Spitzenverband ist zur Finanzierung der Stiftung ab dem 1. Januar 2024 mit einem jährlichen Gesamtbetrag von 15 Millionen Euro verpflichtet. Für die private Krankenversicherung (PKV) ist weiterhin eine Beteiligung an der Finanzierung der UPD auf freiwilliger Basis vorgesehen.

\* Stand Redaktionsschluss

# Not in der Notfallaufnahme – ein Ende in Sicht?

Text von **Agnes Kübler und Stefan Wöhrmann**

Das Patient:innenaufkommen in den **Notaufnahmen der Krankenhäuser** ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen; immer mehr Patient:innen suchen die Notaufnahmen auf, obwohl sie im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden könnten. Für die Hilfesuchenden ist zum Teil nicht immer klar, welcher Versorgungsweg der richtige ist.

**V**ielen Hilfesuchenden sind die ambulanten Notfallstrukturen wie zum Beispiel die Notfallnummer 116 117 der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Notdienstpraxen oder der fahrende Bereitschaftsdienst nicht bekannt. Zudem sind ambulante Angebote nicht überall und zu jeder Tageszeit gleich verfügbar oder die Wartezeiten auf einen Facharzttermin erscheinen den Patient:innen zu lang. Diese Umstände führen nicht nur zu einer Überlastung der Notaufnahmen, sondern auch zu einer großen Unzufriedenheit der Patient:innen und dem Krankenhauspersonal. Gleichzeitig werden über die Notaufnahmen aber auch stationäre Krankenhaufälle generiert. Dies zeigt sich in den Empfehlungen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, wonach die Zahl der stationär aufgenommenen Hilfesuchenden im Zeitraum zwischen 2009 und 2019 um 33 Prozent (6,6 auf 8,8 Millionen Fälle) stärker angestiegen ist als die Zahl der ambulant behandelten Personen. Hier betrug der Anstieg 24 Prozent (8,3 auf 10,3 Millionen Fälle). Dass die Kliniken ihr stationäres Einweisungsmanagement seit Jahren optimieren, zeigt sich zum Beispiel auch an Seminaren des Deutschen Krankenhausinstituts: „Die Notaufnahme ist eine der bedeutendsten Anlaufstellen im Krankenhaus. Zugleich ist sie eine wichtige Quelle für die Patientengewinnung.“ Es muss

schließlich einen Grund geben, weshalb die Krankenhäuser jahrzehntelang bereit waren, die strukturelle Unterfinanzierung der Notaufnahmen durch die KV hinzunehmen.

Diese Probleme hat die Politik erkannt. Die Regierungskommission gab im Februar 2023 ihre vierte Stellungnahme zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland heraus, mit der die Not in der Notaufnahme gelindert werden soll. In späteren Empfehlungen sollen auch Stellungnahmen zum Rettungsdienst und zu anderen mobilen Diensten wie der pflegerischen Notfallversorgung folgen. Die aktuelle vierte Stellungnahme sieht insbesondere folgende Empfehlungen vor:

## Aufbau integrierter Leitstellen

Patient:innen sollen künftig durch eine algorithmusgestützte telefonische beziehungsweise telemedizinische Ersteinschätzung durch Fachkräfte besser in den für sie richtigen Versorgungsweg gelotst werden. Daher sollen flächendeckend sogenannte integrierte Leitstellen (ILS) aufgebaut werden. Hierbei werden die Leitstellen für den Rettungsdienst (112) und des ärztlichen KV-Notdienstes (116 117) zusammengelegt. Auf diese Weise werden vorhandene Kapazitäten nicht nur effizient genutzt; die Patient:innen erfahren schnelle Hilfe und müssen nicht stundenlang mit Schmerzen in der Notaufnahme

ausharren. Zudem dient es der Patientensicherheit, indem eine Unter- oder Überversorgung vermieden wird. Dies ist etwa dann der Fall, wenn Hilfesuchende sich selbst in die Notaufnahme begeben wollen und dabei atypische Symptome für einen Herzinfarkt nicht erkennen.

Die Regierungskommission empfiehlt zudem die Schaffung von integrierten Notfallzentren (INZ), die aus der Notaufnahme des Krankenhauses, KV-Praxis im oder unmittelbar am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle – dem gemeinsamen Tresen – bestehen sollen. Zur Behandlung in den INZ kann die diagnostische Infrastruktur des Krankenhauses genutzt werden. Die INZ sollen an Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung, aber nicht an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung geschaffen werden. Durch die Patient:innenbrille betrachtet macht dies in Ballungsgebieten durchaus Sinn, allerdings erscheint dies in ländlichen Gebieten zu kurz gegriffen. Hier müssen Patient:innen wohnort- und zeitnah und zu jeder Zeit eine Notfallbehandlung erhalten. Insofern muss ein INZ automatisch auch an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung angegliedert werden.

Gut ist, dass auch an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin und Krankenhäusern mit pädiatrischer Abteilung integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden sollen, um den speziellen Belangen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden. Mit dem INZ werden die Patient:innen dort abgeholt, wo sie Hilfe suchen. Insofern ist es auch sinnvoll, dass die INZ abends und auch am Wochenende mindestens bis 21 Uhr beziehungsweise 22 Uhr geöffnet haben. Zu Nachtzeiten müsste den Patient:innen weiterhin die Notaufnahme des Krankenhauses zur Verfügung stehen, wenn das noch zu etablierende regionale Gremium nicht Öffnungszeiten rund um die Uhr der INZ festlegt.

### Mehr Versorgungsqualität

In den meisten europäischen Ländern ist die Facharztqualifikation Notfallmedizin Standard. Von daher verwundert es nicht, dass sich die Regierungskommission ebenfalls für einen solchen Standard und auch für einen Facharzttitel Notfallmedizin ausspricht. Damit wird die Versorgungsqualität verbessert und eine fachfremde Versorgung vermieden. Hilfesuchende müssen erwarten können, dass sie im Notfall optimal versorgt werden und beispielsweise bei starkem Husten und Fieber nicht auf eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen im fahrenden Bereitschaftsdienst der KV treffen. Dies erhöht auch das Vertrauen

in die Notfallstrukturen der KV und der Krankenhäuser. Darüber hinaus werden richtigerweise auch Qualitäts-Mindeststandards in Form einer Mindestpersonalausstattung empfohlen.

### Zwei Varianten der Finanzierung

Nicht ersichtlich ist allerdings, warum für die Etablierung der INZ eine zusätzliche Investitionsunterstützung erfolgen soll, da diese bereits heute im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten ist. Sollte darüber hinaus ein weiterer Investitionsbedarf für den Aufbau der INZ bestehen, muss dieser als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert werden. Zur Finanzierung der INZ schlägt die Regierungskommission zwei Varianten vor: Die erste Variante sieht vor, dass KV-Praxen und Notaufnahmen innerhalb der jeweils bestehenden Systeme vergütet werden. Nach der zweiten Variante wäre eine Vergütung sowohl

der KV-Praxen als auch Notaufnahmen aus einem gemeinsamen Finanzierungstopf nach einheitlichen Kriterien denkbar. Beide Vorschläge sind mit Vor- und Nachteilen behaftet. Fakt ist, dass die niedergelassenen Ärzt:innen kein sonderlich großes Interesse hatten, Notfallpatient:innen gerade in der Nacht und an Wochenenden und an den Feiertagen zu behandeln. Mehr als die Hälfte aller ambulanten Notfälle werden in den Krankenhäusern behandelt. Dies rückt das Interesse der KV an einer sachgerechten Vergütung der ambulanten Notbehandlung in ein anderes Licht. Wenn nun im Rahmen der Reform nach einer sachgerechten Vergütung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern gesucht wird, muss folgerichtig die restliche KV-Vergütung abgesenkt werden. Bei der Finanzierung muss die Vorhaltung der Krankenhäuser, das heißt, das Personal zu Nachtzeiten und die strukturelle Infrastruktur, entsprechend berücksichtigt werden. Im Ergebnis ist sicherzustellen, dass KV-Praxen und die Notaufnahmen ihre Leistung differenziert und über das KV-Budget beziehungsweise die KV abrechnen können.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen der Regierungskommission sind nicht neu; es gibt bereits heute entsprechende Notfallpraxen mit einem gemeinsamen Tresen. Gut ist, dass die INZ jetzt verbindlich und flächendeckend implementiert werden sollen. Die Vorschläge der Regierungskommission weisen insgesamt große Parallelen zum Gutachten des Aqua-Instituts auf, das die Ersatzkassen 2016 in Auftrag gegeben haben. Die Patient:innen müssen im Mittelpunkt der Reform stehen. Sie müssen dort abgeholt werden, wo sie Hilfe suchen und erwarten. Daher müssen die Vorschläge der Regierungskommission nun rasch von der Politik umgesetzt werden. ■

**Hilfesuchende müssen erwarten können, dass sie im Notfall optimal versorgt werden.**



**Agnes Kübler** ist Referatsleiterin in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek



**Stefan Wöhrmann** ist Abteilungsleiter Stationäre Versorgung beim vdek

# Die Pflege- reform greift zu kurz

**E**s ist nicht nur der demografische Wandel, welcher der SPV zusetzt. Zu den größten Herausforderungen in der Pflege zählen aktuell vor allem die Finanzierungsfragen. So wird für 2023 ein Finanzdefizit von rund drei Milliarden Euro erwartet (im letzten Jahr betrug das Defizit noch 2,25 Milliarden Euro), im Falle der Pflegebedürftigkeit müssen Heimbewohner immer höhere Zuzahlungen aufbringen und im ambulanten Bereich können sich die Betroffenen wegen hoher Inflationsraten immer weniger Leistungen einkaufen. Und dann gilt es, auch noch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes umzusetzen, wonach der Beitragssatz spätestens ab Juli 2023 die Zahl der Kinder stärker zu berücksichtigen hat.

Auch zahlreiche Leistungsverbesserungen und verschiedene versicherungsfremde Leistungen verschärfen obendrein die Finanzlage. Dazu zählen zum

Beispiel die in der Corona-Pandemie aufgelegten Pflegeschutzschirme, die der Sicherung der Pflegeinfrastruktur dienten. Rund 5,5 Milliarden Euro dieser Ausgaben wurden der SPV bis dato nicht vom Bund erstattet. Und mit 3,7 Milliarden Euro jährlich schlagen darüber hinaus noch die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige auf der Ausgabenseite zu Buche.

## Finanzielle Stabilität nicht in Sicht

Die Koalitionspartner hatten sich daher bereits im Koalitionsvertrag auf eine finanzielle Stabilisierung geeinigt und unter anderem in Aussicht gestellt, die 3,7 Milliarden Euro für die Rentenbeiträge der pflegenden Angehörigen mittels Steuergelder zu refinanzieren. Im vorliegenden Kabinettsentwurf sucht man jedoch vergeblich nach Rechtsvorschriften, die eine finanziell verlässliche Unterstützung des Bundes regeln würden. Diese scheinen der engen

Text von **Oliver Blatt und Stefan Sieben**

Baustellen gibt es in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) wahrlich genug. Lange hat sich die Bundesregierung mit gesetzgeberischen Antworten Zeit gelassen, nun liegt endlich ein Entwurf für ein **Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG)** vor. Kann dieses Gesetz die drängenden Probleme lösen? Klar ist: Die Finanzierung auf solide Beine zu stellen, gelingt mit diesem Entwurf nicht.

Finanzlage des Bundes und dem Verteilungskampf der Ressorts zum Opfer gefallen zu sein.

Stattdessen findet man einen Arbeitsauftrag an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bis 31. Mai 2024 sollen Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung vorgelegt werden und zwar unter Beteiligung des Finanzministeriums, des Ministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz sowie des Familienministeriums. Man fragt sich: Warum erst nächstes Jahr und nicht unverzüglich? Und warum muss man solche Arbeitsaufträge gesetzlich regeln? Im Grunde ist es ein Eingeständnis, dass man sich auf konkrete gesetzliche Regelungen nicht verständigen kann und erst im kommenden Jahr in der Lage sieht, sich damit zu beschäftigen.

Immerhin: Kleinere Finanzmaßnahmen aus der Rubrik „guter Wille“ findet man im Gesetzentwurf. So wird die jährliche Zuführung an den Pflegevorsorgefonds auf 2024 verschoben, das spart in diesem Jahr 1,7 Milliarden Euro. Auch die Rückzahlung des vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro wird bis ins Jahr 2028 verlagert.

Ansonsten muss es dann wohl erst mal der Beitragszahler richten. Der allgemeine Beitragssatz wird von derzeit 3,05 auf 3,4 Prozent angehoben. Die Bundesregierung erhält eine Verordnungsermächtigung für weitere Beitragsanpassungen im Falle, dass der Mittelbestand der Pflegeversicherung eine Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Immerhin wurde bei der Ermächtigungsgrundlage gegenüber einem früheren Entwurf insofern nachgebessert, als dass der Bundesrat seine Zustimmung zur Verordnung geben muss. Es bleibt aber der fade Beigeschmack, dass man

aufreibende Debatten im Bundestag umgehen und den Fokus auf Beitragsanpassungen legen will.

### **Beitragsabschläge bei Eltern**

Das Bundesverfassungsgericht hatte bereits am 7. April 2022 entschieden, dass es verfassungswidrig ist, dass beitragspflichtige Eltern in der SPV unabhängig von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder mit gleichen Beiträgen belastet werden. Bis Ende Juli 2023 muss ein verfassungsgemäßer Zustand hergestellt werden. Der Gesetzentwurf zum PUEG enthält nun diese Konkretisierungen.

Zunächst wird der Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,35 auf 0,6 Prozent erhöht, das ergibt für Kinderlose einen Gesamtbeitrag von 4,0 Prozent. Für Eltern mit einem Kind ist der allgemeine Beitragssatz von 3,4 Prozent maßgebend. Der neue Beitragsabschlag gilt ab dem zweiten Kind und beträgt 0,25 Beitragssatzpunkte. Dies führt zu gestaffelten Beitragssätzen jeweils anstelle von 3,4 Prozent:

- Bei Eltern mit zwei Kindern beträgt der Beitragssatz 3,15 Prozent.
- Bei Eltern mit drei Kindern beträgt der Beitragssatz 2,9 Prozent.
- Bei Eltern mit vier Kindern beträgt der Beitragssatz 2,65 Prozent.
- Bei Eltern mit fünf Kindern und mehr beträgt der Beitragssatz 2,4 Prozent.

Der Abschlag wird bis zum Ablauf des Kalendermonats gewährt, in dem das Kind das 25. Lebensjahr vollendet.



**Oliver Blatt** ist  
Abteilungsleiter  
Gesundheit beim  
vdek



**Stefan Sieben** ist  
stellvertretender  
Abteilungsleiter  
Finanzen/Versiche-  
rung beim vdek



**E**s wird daran festgehalten, dass weiterhin die beitragsabführenden Stellen die Elterneigenschaft und dann auch die Anzahl der zu erfassenden Kinder zum Zwecke der Beitragsberechnung und -abführung prüfen. Damit werden die Lasten gerade bei der Ersterfassung der Anzahl der Kinder auf die beitragsabführenden Stellen und auf die Pflegekassen bei Selbstzahlern gleichmäßig verteilt.

Der Gesetzgeber hält mit dem PUEG die vom Bundesverfassungsgericht vorgegebene Frist formal ein. Es wurde jedoch offenbar vergessen, dass die praktische Umsetzung bei den Pflegekassen und den beitragsabführenden Stellen zur Erfassung von Millionen von Eltern mit mindestens zwei Kindern erheblichen zeitlichen Vorlauf benötigt. Schließlich gibt es keine zentrale Stelle, bei der die notwendigen Daten gespeichert sind. Jetzt muss es eine Regierungskommission richten. Diese soll – bestehend aus dem BMG und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft – zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung und Gewährleistung eines möglichst effizienten, schnellen und digitalen Verwaltungshandelns ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens Juli 2023 entwickeln. Das reduziert vordergründig den Zeitdruck bei der Umsetzung.

Aus Sicht des vdek kann bis dahin jedoch kein IT-gestütztes Verfahren im Rahmen dieser Regierungskommission anwendungsreif erstellt werden; es wird Beschreibungen geben können, auf denen dann die IT-Umsetzung basieren wird. Es ist zudem wichtig, dass auch Vertreter der Kranken- und Pflegekassen bei der Entwicklung der Konzepte beteiligt werden. Dementsprechend wird den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen ein Bearbeitungszeitraum zugestanden. Vorgesehen ist: Können die Abschlüsse von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2024 zu erstatten.

### Nur wenige Leistungsverbesserungen

Blickt man auf die Versorgungsseite, so ist positiv festzuhalten, dass der Dynamisierung von Leistungen eine eigene Vorschrift (§ 30 SGB XI) gewidmet wird. Das Instrument der Dynamisierung ist begrüßenswert, weil damit die Pflegebedürftigen vor der

schleichenden Entwertung der Leistungen geschützt werden können. Die konkreten Regelungen sind jedoch leider nur halbherzig ausgestaltet. Nachdem in 2024 die Geldleistungen und ambulanten Sachleistungen um fünf Prozent angehoben werden, sollen sie im Jahr 2025 eine weitere Anpassung von fünf Prozent erfahren. Eine weitere Anpassung ist erst ab 2028 vorgesehen und soll sich am kumulierten Anstieg der Kerninflation der drei Vorjahre orientieren. Warum eine wirkliche Dynamisierung erst ab 2028 greift und sich an einem Index orientiert, der die Kostentreiber Energie und Lebensmittel nicht enthält, erklärt sich nur so, dass der finanzielle Spielraum zur Gegenfinanzierung stark limitiert ist. Dies gilt analog für die Erhöhung der Zuschüsse der Pflegeversicherung zu den Eigenanteilen der Pflegeheimbewohner, die je nach Aufenthaltsdauer um zehn bzw. fünf Prozent angehoben werden. Ein an sich guter Schritt, um die Pflege im stationären Setting bezahlbar zu halten, aber auch nur sehr zaghafte umgesetzt. Zudem stellt sich mal wieder die Frage, warum der Gesetzgeber nicht endlich die Länder in die Pflicht nimmt und die Pflegebedürftigen von den Investitionskostenanteilen in Höhe von derzeit durchschnittlich 451 Euro je Monat entlastet.

Unerfreulich ist auch, dass auf den letzten Metern die Regelung zur Einführung eines Gesamtbudgets für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege offenbar auch dem Finanzdiktat zum Opfer gefallen ist. Die langjährige vdek-Forderung hätte mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme der Leistungen und auch eine Entbürokratisierung bei den Pflegekassen gebracht. Ansonsten macht es den Anschein, dass Gesetzgeber und Ministerien immer noch der Auffassung sind, dass Pflegekassen und deren Verbände unerschöpfliche Personalressourcen vorhalten und der Fachkräftemangel nur aufseiten der Leistungserbringung Probleme bereitet. Zahlreiche Berichts- und Auskunftspflichten gegenüber dem Ministerium schaffen unnötige Bürokratie und Aufwände. Unverständlich ist auch, dass bei der Pflegebegutachtung an der Strafzahlung von 70 Euro pro Woche festgehalten wird, wenn die Begutachtung nicht binnen 25 Arbeitstage vorliegt. Dass es hier vor allem deshalb zu Zeitverzug kommt, weil für die medizinischen Dienste schlichtweg nicht ausreichend Fachkräfte zu finden sind, wird offenbar immer noch nicht akzeptiert. Das für die Strafzahlung verausgabte Geld der Pflegekassen könnte wirklich besser in die Versorgung investiert werden. ■

# Auf einem guten Weg

Text von **Björn-Ingemar Janssen**

Der Bundesgesundheitsminister hat am 9. März 2023 die **Digitalisierungsstrategie** für das Gesundheitswesen und die Pflege vorgestellt. Im Mittelpunkt der Strategie steht der Ausbau der elektronischen Patientenakte (ePA) zur zentralen Datenplattform für Gesundheitsinformationen, die dann sowohl in der konkreten Versorgung der Patienten als auch zu Forschungszwecken genutzt werden kann.

**V**on dem Ziel, 80 Prozent der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einer ePA auszustatten, sind wir derzeit noch weit entfernt. Durch eine Reihe von datenschutzrechtlichen Hürden können sowohl die Zugangswege als auch die Benutzerfreundlichkeit der ePA derzeit nicht das bieten, was Versicherte von modernen digitalen Anwendungen erwarten. Daher ist es auch nicht überraschend, dass die Zahl der eingerichteten Akten bei unter 700.000 stagniert. Nach den vorliegenden Abrechnungsdaten wurden bis Mitte 2022 sogar nur etwa 30.000 ePA überhaupt durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit medizinischen Daten befüllt.

Gerade vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass das vorgesehene Opt-out-Verfahren nicht nur das „automatische“ Einrichten einer ePA für alle Versicherten umfasst, die nicht widersprechen. Wie von den Ersatzkassen gefordert, sollen laut Digitalstrategie auch die Befüllung und der Zugriff durch Leistungserbringende regelhaft möglich sein, ohne kompliziertes Freigabeverfahren. Gleichzeitig werden die Versicherten weiterhin die Möglichkeit haben, detaillierte Einstellungen über eine App auf

ihrem Smartphone vorzunehmen – aber eben nur dann, wenn sie sich näher mit ihren Gesundheitsdaten in der ePA beschäftigen möchten.

Auch für die Berufsgruppen, die die ePA im Alltag verstärkt nutzen werden, wird es einfacher werden: Mittelfristig sollen bestimmte Informationen aus den Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen automatisch in die Akten übernommen und krankheitsspezifisch – also übersichtlicher – dargestellt werden. Diese Maßnahmen können allerdings nur dann wirken, wenn neben den Krankenkassen als ePA-Anbieter auch die anderen Beteiligten stärker in die Pflicht genommen werden. Das bedeutet aus Sicht der Ersatzkassen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die relevanten Informationen regelhaft einstellen müssen. Gleichzeitig muss durch ein Zertifizierungsverfahren sichergestellt werden, dass die Softwarehäuser die Anforderungen an ihre Produkte tatsächlich erfüllen und eben nur dann ihre Produkte in den Praxen und Krankenhäusern anbieten dürfen. An diesen beiden Punkten sollte die Koalition in den anstehenden Gesetzgebungsverfahren für mehr Verbindlichkeit sorgen. →



**Björn-Ingemar Janssen**  
ist Beauftragter für  
Digitale Versorgung  
beim vdek

Die Digitalisierungsstrategie sieht insgesamt eine Stärkung der gematik vor, sie soll zu einer Digitalagentur umgebaut werden. In diesem Zusammenhang plant der Gesetzgeber jedoch, die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung nunmehr vollständig aus der Gesellschafterstruktur auszuschließen. Dass die GKV trotzdem weiterhin die Kosten fast vollständig tragen soll, passt damit schon ordnungspolitisch nicht zusammen. Gleichzeitig bietet die Strategie die große Chance, das deutsche Gesundheitswesen endlich bei der Digitalisierung voranzubringen und die immer noch bestehenden Vorbehalte abzubauen. Vor diesem Hintergrund ist es für den Erfolg dieses Projektes wichtig, alle relevanten Stakeholder auch weiterhin in die Entscheidungsprozesse einzubinden.

**D**ie ePA könnte außerdem die Chance bieten, mithilfe schnell verfügbarer Daten Versicherte über passgenaue Versorgungskonzepte zu informieren. An dieser Stelle sollte der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen verbessern, mit denen die Krankenkassen noch stärker als Versorgungsmanager für ihre Versicherten agieren könnten. Eine Verknüpfung der bundesweiten und regionalen Versorgungsverträge der Ersatzkassen mit den Daten aus der ePA bringt zusätzliche Qualität und Effizienz in die medizinische Behandlung. Außerdem sollten auch die Behandlungsdiagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung schneller den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, damit sie auf dieser Grundlage den Versicherten rechtzeitig entsprechende Versorgungsangebote machen können.

Neben diesen und anderen Inhalten der Digitalisierungsstrategie, die voraussichtlich in den nächsten Wochen ihren Weg in ein Digitalgesetz finden werden, soll außerdem ein sogenanntes Gesundheitsdatennutzungsgesetz die



## Die ePA könnte die Chance bieten, mit Hilfe schnell verfügbarer Daten Versicherte über passgenaue Versorgungskonzepte zu informieren.

Verwendung von Informationen zum Beispiel aus der ePA für die Forschung regeln. Bisher werden ausschließlich Abrechnungsdaten der Krankenkassen in einem Forschungsdatenzentrum beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gesammelt, die dann der nicht-kommerziellen Forschung zur Verfügung gestellt werden. Die Digitalisierungsstrategie sieht nun vor, neben einer Ausweitung der Datenquellen auf medizinische Informationen und Register auch privatwirtschaftlichen Unternehmen Zugriff zu gewähren. Hierfür soll ebenfalls ein Opt-out-Verfahren für die Versicherten eingeführt werden. Dies ist nachvollziehbar und entspricht den Regelungen in anderen europäischen Ländern sowie den Überlegungen der EU-Kommission für einen Europäischen Gesundheitsdatenraum. In der konkreten Ausgestaltung muss gewährleistet sein, dass diese Daten auf jeden Fall so pseudonymisiert werden, dass ein Rückschluss auf konkrete Personen





im Nachhinein nicht möglich ist. Außerdem würden Unternehmen stark von der Nutzung der GKV-Versichertendaten profitieren, wenn sie neue Therapieverfahren entwickeln. Dies muss dann auch bei der Preisgestaltung zugunsten der Krankenkassen berücksichtigt werden.

Insgesamt ist die Digitalisierungsstrategie für Gesundheit und Pflege eine gute Grundlage für eine moderne, vernetzte Versorgung. Wie so häufig kommt es jedoch auch hier auf die konkrete Ausgestaltung in den folgenden beiden Gesetzesvorhaben an. Dabei muss die Ausrichtung, statt einer Fokussierung auf das technisch Mögliche den Nutzen für die Versicherten und ihre Versorgung in den Vordergrund zu stellen, unbedingt beibehalten werden. ■■



## Mit Gesetzen allein ist es nicht getan

Kommentar von **Bernhard Walker**, Hauptstadtkorrespondent der **BADISCHEN ZEITUNG**

**N**ur kurz zur Erinnerung: Die ersten PCs kamen in den Achtzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts auf den Markt, das Betriebssystem Windows 3.0 schaffte rasch den Durchbruch, nachdem es im Mai 1990 erstmals zur Verfügung stand. Das Fernbehandlungsverbot, das telemedizinische Behandlungen unmöglich machte, schaffte der Deutsche Ärztetag aber erst im Jahr 2018 ab. Allein dieses Beispiel zeigt, dass Deutschland bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens lange Zeit enorm träge und somit – verglichen mit anderen Ländern – ein Nachzügler war. Ja, daran hat die Pandemie einiges geändert. Und inzwischen sind Gesundheits-Apps, die Online-Buchung eines Arzttermins oder digitale Fitness-Anwendungen für viele selbstverständliche Alltagsbegleiter. Trotzdem fällt das Gesamtbild nach wie vor düster aus: Weder wird die elektronische Patientenakte häufig genutzt noch hat die Versichertenkarte gut 20 Jahre nach ihrem Geburtstag irgendeinen digitalen Nutzen. Mehr noch: Viele Vertragsärzte beäugen die Digitalisierung mit großem Argwohn, weil sie allzu oft erfahren haben, dass die Neuerung nicht klappt – dass sie in den Praxen also nur zu mehr Arbeit und einigem Ärger wie zuletzt beim Austausch der Konnektoren führt. Somit ist auch klar, dass es mit Gesetzen allein nicht getan ist. Davon gab es in der Amtszeit von Jens Spahn sehr viele. Bei sechs Vorhaben des CDU-Politikers lag der Schwerpunkt eindeutig auf der Digitalisierung, bei vielen anderen ergaben sich immerhin Bezüge dazu. Auch setzte Spahn durch, dass die öffentliche Hand die Mehrheit an der gematik übernahm. Die Telematik-Infrastruktur ist jedoch darüber nicht rasch und flächendeckend gewachsen. Politischer Druck gerät eben an seine Grenzen, wenn es darum geht, hunderttausende Gesundheitsberufler in den Praxen, Apotheken und Kliniken zu vernetzen und – wo nötig – eine Interaktion mit den Krankenkassen möglich zu machen. Noch weiß niemand, ob es der Ampel-Koalition gelingt, die Digital-Versäumnisse aufzuholen. Zwar hat Minister Karl Lauterbach nun Gesetzentwürfe vorgelegt, die der elektronischen Patientenakte und der Datennutzung seitens der Wissenschaft zum Durchbruch verhelfen sollen. Beides ist sinnvoll. Doch wie gesagt: Mit Vorschlägen aus Berlin allein ist es nicht getan. Das war bei Spahn so – und bei Lauterbach ist es kein Jota anders. ■■

# Datenaustausch kann Leben retten

Text von Prof. Dr. med. Christof von Kalle, Dr. rer. nat. Julia Löffler und Petya Zyumbileva, M.A.

Diskussionen rund um den Datenschutz im **Gesundheitswesen** werden in Deutschland oftmals von einem Standpunkt der Datenverarbeitungsverhinderung aus geführt. Dass sich durch das Ermöglichen von Datenverarbeitung auch positive Entwicklungen ergeben können, spielt dagegen kaum eine Rolle.

**B**esonders für die Nutzung von medizinischen Versorgungsdaten im Sinne eines nachhaltigen und lernenden Gesundheitswesens, zum Beispiel über den individuellen Nutzen durch personalisierte Behandlungen und den gesellschaftlichen Nutzen durch die Entwicklung von Präzisionstherapien, ist der aktuelle Ansatz mitunter kurzfristig und kann schwerwiegende Folgen für die Betroffenen selbst und die Funktionsfähigkeit unseres Versorgungssystems haben. Dies lässt sich besonders eindrücklich in den Fällen von fehlenden oder nicht übermittelten Daten zu Medikamentenunverträglichkeiten, Antibiotikaresistenzen und spät oder falsch gestellten Diagnosen, besonders der seltenen Erkrankungen, und darauf basierenden unpassenden Therapien verdeutlichen. Hier kostet ein Mangel an Datenaustausch und -nutzung, also ein zu restriktiv ausgelegter Datenschutz, sogar Menschenleben in Deutschland, wohingegen die Risiken einer unzulässigen Datenverarbeitung für Leib und Leben eher theoretischer Natur sind. Dieses Prinzip begegnet uns seit Jahren im Gesundheitswesen, wurde aber besonders durch die Herausforderungen der Corona-Pandemie vielfältig und vollumfänglich auch öffentlich sichtbar.

So hatte Deutschland große Schwierigkeiten, wichtige Ressourcen wie Intensivbetten, in

Quarantäne befindliches Personal oder quarantänepflichtige Patient:innen korrekt und zeitnah zu erfassen und darauf basierende notwendige Maßnahmen für die Versorgung einzuleiten. Dies benötigt eine funktionierende digitale Infrastruktur und digitalisierte Datenflüsse lokal in den Kliniken, aber ebenso sektorenübergreifend zwischen Versorgungsstrukturen, regional und bundesweit. Auch die deutsche Impfquote lässt sich als passendes Beispiel heranziehen – hier musste Deutschland auf die Impfergebnisse anderer Länder wie Israel und Großbritannien für Entscheidungsfindungen zurückgreifen, weil diese ihre Impf- und Infektionsdaten kontinuierlich systematisch analysieren und öffentlich zugänglich darstellen (COVID-19 vaccine surveillance report der UKHSA).<sup>1,2</sup> Daten von Menschen anderer Länder zu analysieren, aber entsprechende Auswertungen an sich selbst abzulehnen, erscheint dabei wenig konsequent und moralisch verwerflich.

## Gute Beispiele für intersektoralen Datenaustausch

Wie der intersektorale Austausch von Daten personalisierte Versorgung in Deutschland ermöglicht, zeigt sich anhand nationaler, bisher nur aus wissenschaftlichen Ressourcen getragener Netzwerke – wie sie in der Onkologie zu finden sind. Prominente



**Prof. Dr. med. Christof von Kalle** ist Leiter des Klinischen Studienzentrums von Berlin Institute of Health (BIH) und Charité



**Dr. rer. nat. Julia Löffler** ist Referentin am Clinical Study Center (CSC) Charité Berlin



**Petya Zyumbileva, M.A.**, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin/Doktorandin am Clinical Study Center (CSC) Charité Berlin



Beispiele wie das Netzwerk der Onkologischen Spitzenzentren (CCC-Netzwerk), Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) oder Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs (nNGM) können durch standortübergreifenden Austausch von Forschungs- und Diagnosedaten seltene Krebserkrankungen verbessert identifizieren und beschleunigt erforschen. Dies fördert zum einen den Fortschritt von modernsten Behandlungs- und Therapiemethoden, gleichzeitig auch einen verbesserten, demokratisierten Zugang zu neuesten Methoden. Digitalisierung entkoppelt den Zentren- und Studienzugang in fortschreitendem Maße von der geografischen Lokalisation des Patientenwohnorts und leistet einen wesentlichen Beitrag zu Chancengleichheit, gesteigerter Versorgungsqualität und Heilungserfolgen von Krebspatient:innen und deren Betreuer:innen.

### **Blick auf die Nachbarländer**

Um dies auch außerhalb spezialisierter Netzwerke zu realisieren, benötigen wir dringend ein lernendes Gesundheitssystem auf der Basis elektronischer Patientenakten und patientenzentrierter Datenräume. Unterschiedlichste Daten aus den verschiedensten Quellen (Hausärzt:innen, Fachärzt:innen, Kliniken etc.) werden gebündelt und sind den Bürger:innen

selbst zugänglich. Hier sind standardisierte, interoperable Datenformate und Zugriffsbeziehungsweise Austauschregelungen von zentraler Bedeutung. Wieder sind es unsere europäischen Nachbarländer, von denen wir lernen können. Dänemark, England, Estland oder auch Finnland und Frankreich haben nationale Health Data Hubs geschaffen, welche per Opt-out-Prinzipien die Integration von Qualitätssicherung, adäquater Versorgung und Forschung in den klinischen Alltag erleichtern und ein effektiveres Gesundheitssystem ermöglichen.<sup>3,4</sup> In Dänemark enthält das persönliche Gesundheitsportal von der Krankheitsgeschichte über E-Rezepte, Überweisungen hin zu Medikationsplänen, Operationen und Laborwerten alle wesentlichen Informationen unter Kontrolle des Einzelnen an einem (digitalen) Ort.<sup>4</sup>

Daten sind für viele unserer Patient:innen, nicht nur bei Krebs und seltenen Erkrankungen, zu einer Überlebensfrage geworden. In Anbetracht der vielfältigen Herausforderungen durch Krankheiten, Krisen, Kriege und die gewaltigen Verschiebungen des demografischen Wandels unserer Gesellschaft gilt das auch für das Gesundheitssystem. Eine Versorgung in bisheriger oder besserer Qualität und besonders eine bessere Resilienz gegen Krisen sind ohne intelligente, digital unterstützte Ansätze nicht zu schaffen. ■

### **Referenzen**

- <sup>1</sup> Bundesregierung, E.d. (22.01. 2022).
- <sup>2</sup> Agency, U.H.S. COVID-19 vaccine monthly surveillance reports.
- <sup>3</sup> Digital, N. NHS Digital 2019–20 Annual Report and Accounts (2020).
- <sup>4</sup> Thiel, R. u. a.: #Smart-HealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich – Dänemark (Bertelsmann Stiftung, 2018).

# Arzneimittelpreise vor und nach dem GKV-FinStG

Text von Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Dr. Julian Witte und Daniel Gensorowsky

Das **AMNOG-Verfahren** der frühen Nutzenbewertung und Preisverhandlung neuer Arzneimittel hat sich als weitestgehend funktionsfähiges, lernendes System etabliert. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wurden weitreichende Änderungen beschlossen. Der diesjährige AMNOG-Report beleuchtet die Folgewirkungen.

**S**eit seiner Einführung im Jahr 2011 wurde das AMNOG-Verfahren mehrfach überarbeitet und auch die aktuelle Regierungskoalition aus SPD, Grünen und FDP kündigte im Dezember 2021 in ihrem Koalitionsvertrag eine „Weiterentwicklung“ an. Ziel war es insbesondere, die Möglichkeiten der Krankenkassen bei der Begrenzung der Arzneimittelpreise zu stärken. Angesichts des Milliardendefizits in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden diese Absichten im Herbst 2022 mit dem GKV-FinStG konkretisiert und weitreichende strukturelle Änderungen am AMNOG-Verfahren verabschiedet. Der diesjährige AMNOG-Report beschäftigt sich unter Nutzung anonymisierter Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit mit den finanziellen Folgewirkungen des Gesetzes und den absehbaren Umsetzungshindernissen.

Neben der Umsetzung der im Koalitionsvertrag angekündigten Maßnahmen wurde das sogenannte „Orphan-Privileg“ durch Absenkung der bislang geltenden Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro auf 30 Millionen Euro eingeschränkt. Fortan werden Arzneimittel zur Behandlung

seltener Leiden somit schneller zur Einreichung eines Nutzenbewertungsdossiers verpflichtet. Deutschland ist nach wie vor das einzige Land, das Orphan Drugs im HTA-Prozess entsprechend privilegiert. Die Berechnungen des AMNOG-Reportes beziffern das jährliche Einsparpotenzial der abgesenkten Umsatzschwelle je nach Szenario auf 10 bis 40 Millionen Euro. Das vom Gesetzgeber ausgewiesene Ziel von 100 Millionen Euro pro Jahr dürfte damit zumindest vorerst verfehlt werden.

Dem mit dem GKV-FinStG eingeführten pauschalen Abschlag in Höhe von 20 Prozent auf alle in Kombination abgegebenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen ging ebenfalls eine längere Diskussion voraus. Allerdings wird ein genereller Abschlag der Herausforderung einer zunehmenden Zahl zugelassener Kombinationstherapien kaum gerecht, denn der medizinische Mehrwert der Kombinationen ist sehr unterschiedlich, was sich auch im Preis widerspiegeln sollte. Bei einem wenigstens beträchtlichen Zusatznutzen wird zwar vom Abschlag ganz abgesehen, aber das ist wenig differenziert. Problematisch erscheint zudem die praktische Umsetzung



**Prof. Dr. Wolfgang Greiner** ist Inhaber des Lehrstuhls für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld



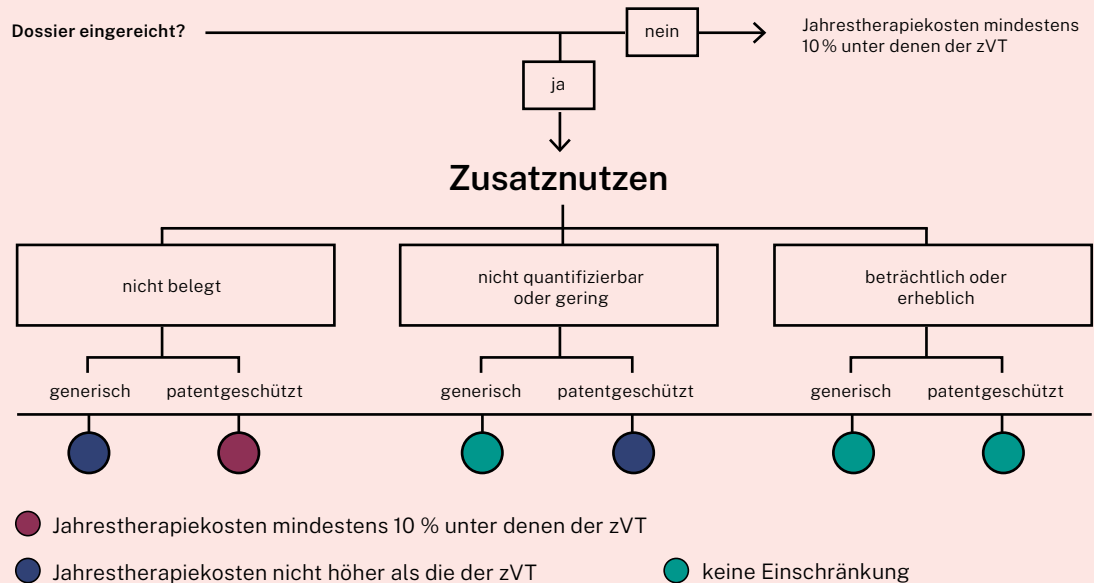
**Dr. Julian Witte** ist Gründer und Geschäftsführer der Vandage GmbH



**Daniel Gensorowsky** ist Senior Consultant bei der Vandage GmbH

## Die neue AMNOG-Logik nach dem GKV-FinStG

Fortan werden Kostenobergrenzen für bewertete Arzneimittel in Abhängigkeit des festgestellten Zusatznutzens sowie des Patentstatus der zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) festgelegt. Lediglich für Arzneimittel mit beträchtlichem oder erheblichem Zusatznutzen gelten dabei keinerlei Einschränkungen.



Quelle: eigene Darstellung

des Abschlags. Im AMNOG-Report werden deshalb praktische und empirisch fundierte Vorschläge formuliert, wie man diese Umsetzungsschwierigkeiten angehen könnte. Der Report geht zudem der Frage nach, welche Konsequenzen der Abschlag auf Kombinationstherapien haben wird. Die Einsparungen hängen stark von der Art der Umsetzung des Kombinationsabschlags ab – also der Frage, welche Kombinationstherapien am Ende mit einem solchen Abschlag belegt werden. Die Berechnungen ergeben allein in ausgewählten umsatzstarken onkologischen Indikationen (insbesondere Melanom und multiples Myelom) für das Jahr 2021 potenzielle GKV-weite Einsparungen von bis zu 55 Millionen Euro.


Eine weitestgehende Abkehr von der bisherigen AMNOG-Logik bedeuten die neuen Leitplanken für Erstattungsbeträge, welche angepasste Preisobergrenzen in Abhängigkeit der Vergleichstherapie und des Ergebnisses der Nutzenbewertung vorgeben. Der

Grundsatz, dass ein Mehr an Nutzen auch zu einem höheren Preis berechtigt, gilt fortan nicht mehr bedingungslos. In erster Linie müssen die Leitplanken als Instrument gegen (hohe) Preissteigerungen bei Schrittinnovationen angesehen werden. Die Chance, die Ursachen der bestehenden Probleme etwa durch die Einbeziehung gesundheitsökonomischer Evaluationen in die Preisbildung zu beheben, wurde mit dem GKV-FinStG verpasst. Die Auswirkungen der neuen AMNOG-Logik sind derweil nur schwer abzuschätzen. Erste Modellberechnungen im AMNOG-Report zeigen jedoch, dass Leitplanken das Potenzial haben, zukünftig vier von fünf neuen Arzneimitteln zu betreffen und sehr wahrscheinlich auch höhere Einsparungen zu generieren, als dies bei der Gesetzgebung angenommen wurde. Angesichts dieser Unsicherheiten ist abzusehen, dass die Bewertung und Bepreisung von Arzneimitteln auch im Jahr 2023 für Diskussionsstoff sorgen wird. ■

# Lehren aus der Corona-Pandemie

Text von **Rebekka Müller-Rehm** und **Dr. Valérie Groß**

Die Corona-Pandemie hat das **deutsche Gesundheitssystem** vor große Herausforderungen gestellt und dessen Stärken und Schwächen – wie eine Art „Stresstest“ – deutlich sichtbar gemacht. Auch zukünftig werden disruptive Ereignisse wie eine weitere Pandemie oder Folgen des Klimawandels unsere Gesundheit und unser Gesundheitssystem immer wieder herausfordern und belasten.



**E**s ist unabdingbar, Maßnahmen, die bisher in Krisen ergriffen wurden, zu reflektieren und evaluieren, aus ihnen zu lernen. Zudem gilt es, die Vorbereitung auf zukünftige Krisen stetig zu überprüfen und anzupassen, damit unser Gesundheitssystem gegenüber Krisen möglichst gut standhalten kann – und eben resilient ist. Der Sachverständigenrat für Gesundheit & Pflege beurteilte in seinem im Januar 2023 vorgelegten Gutachten die Resilienz des deutschen Gesundheitssystems und kam zu dem Schluss, dass dieses auf Krisen nicht ausreichend vorbereitet, sondern vielmehr „sehr komplex und fragil“ sei und daher dringend gestärkt werden müsse.

## Wie stärkt man die Resilienz des Gesundheitssystems?

In Anbetracht der Vielgestaltigkeit möglicher Krisen sollte die Resilienz nicht nur für spezifische Krisen verbessert, sondern das System vor allem unspezifisch gestärkt werden, um gegebenenfalls auch auf nicht

Das im Januar 2023 erschienene Gutachten ist (inkl. aller Quellenverweise) abrufbar unter → [bit.ly/42lXk46](https://bit.ly/42lXk46)

vorausgesehene Ereignisse vorbereitet zu sein (All-Gefahren-Ansatz). Die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie haben darüber hinaus die Interaktion mit und Abhängigkeit des Gesundheitssystems unter anderem von der Wirtschaft (zum Beispiel bei Lieferketten von medizinischen Materialien und Medikamenten), internationalen Kooperationen, Bildung oder Arbeit verdeutlicht. Da Gesundheit somit nicht isoliert zu betrachten ist, befürwortet der Rat einen Health in all Policies-Ansatz, also das Berücksichtigen des Themas Gesundheit bei Entscheidungen und Gesetzgebungen verschiedener Ressorts.

**K**onkrete Schwachstellen des Gesundheitssystems zeigten sich beispielsweise im Bereich der Digitalisierung, deren Potenzial bei Weitem nicht vollumfänglich genutzt wird. Der Rat spricht sich dafür aus, die Datenverfügbarkeit zu erhöhen (zum Beispiel durch eine umfassend genutzte elektronische Patientenakte (ePA)) und die Interoperabilität zu stärken, um den einrichtungsübergreifenden Informationsaustausch einheitlich strukturierter und repräsentativer Daten zu ermöglichen. Digitale Systeme für Monitoring und Überwachung – etwa in Bezug auf die Patientenanzahl, zur Verfügung stehende Ressourcen, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und Todesbescheinigungen – müssen bereits vor einer Krise entwickelt, etabliert und (gegebenenfalls über das geplante Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit) zusammengeführt und kontinuierlich evaluiert werden, um in Krisen hilfreich eingesetzt werden zu können. Dabei sollen Gesundheitsdaten auf Grundlage gesetzlicher Befugnisnormen kontrolliert genutzt und wirksamer als bisher vor unberechtigtem Zugriff und Missbrauch geschützt werden.

### Kommunikationsstruktur weiterentwickeln – Forschung stärken

Die Corona-Pandemie zeigte die Herausforderung, alle, aber insbesondere vulnerable Personengruppen gezielt zu informieren und etwa im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen zu erreichen. Auch hierzu könnten die Daten der ePA genutzt werden, zum Beispiel bei der Etablierung eines elektronischen Frailty-Index, der zur Identifizierung und gezielten Kontaktaufnahme vulnerabler Personen herangezogen werden könnte. Einen wesentlichen Beitrag

dazu, möglichst alle gut einzubeziehen, leistet aber auch eine transparente, wissenschaftlich fundierte und adressatengerechte Gesundheitskommunikation mit klaren Handlungsempfehlungen. Der Rat fordert, entsprechende Kommunikationsstrukturen in Deutschland weiterzuentwickeln und über das geplante Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit zu koordinieren.

Um zukünftige Pandemien zu verhindern beziehungsweise deren Folgen zumindest abzumildern und Präventionsmaßnahmen gezielt einsetzen zu können, muss die Forschung in der Infektiologie gestärkt werden. Dies könnte über einen spezifischen Schwerpunkt in der Inneren Medizin, den Ausbau fachspezifischer Kliniken sowie die Stärkung der interdisziplinären Arbeit zwischen Immunologie, Virologie, Infektiologie und Intensivmedizin gefördert werden. Auch hierbei können Möglichkeiten der Digitalisierung, beispielsweise KI-gestützte Datenanalysen, helfen.

**S**trukturelle Veränderungen sind notwendig, um die Resilienz des Systems zu stärken: So haben die Belastungen der Gesundheitsämter durch die Nachverfolgung von Infektionsketten die Notwendigkeit einer multiprofessionellen personellen und materiellen Stärkung sowie besseren digitalen Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) offensichtlich gemacht. Des Weiteren sieht der Rat die Notwendigkeit, den ÖGD stärker mit Hochschulen zu vernetzen und flexible translationale Strukturen zwischen Forschung, Versorgung und ÖGD zu etablieren.

Das Fördern der Resilienz im Gesundheitssystem wird vom Rat in seinem Gutachten umfassend dargestellt und als eine komplexe Herausforderung beschrieben, der wir uns stellen müssen. Denn ein resilientes Gesundheitssystem kann nicht nur die Gesundheitsversorgung in Krisen verbessern, sondern sogar dazu beitragen, dass wir aus Krisen gestärkt hervorgehen. Das Fördern der Resilienz ist somit nicht als zusätzliche Belastung, sondern vor allem als Chance zu verstehen. ■



**Rebekka Müller-Rehm** ist wissenschaftliche Referentin beim Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege



**Dr. Valérie Groß** ist wissenschaftliche Referentin beim Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege



**»Krankenhaus-  
planung muss  
Sache der Länder  
bleiben«**





Interview von **Michaela Gottfried und Dr. Tanja Gloom**

Anfang 2023 hat Baden-Württembergs Gesundheitsminister **Manfred Lucha** den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) übernommen. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht er über seine Pläne als GMK-Vorsitzender, bewertet die Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform und erläutert die Bedeutung von Primärversorgungszentren für die wohnortnahe Versorgung.

**Herr Lucha, Sie sind gelernter Krankenpfleger, haben einen Abschluss für Management im Gesundheitswesen. Was hat Sie in die Politik geführt?**

**MANFRED LUCHA** Ich habe mich in den 1970er Jahren als Jugendlicher politisch engagiert, in der aufkeimenden Anti-AKW-Bewegung, aber auch in der kirchlichen und gewerkschaftlichen Jugendarbeit. Da ich aus einer Industrieregion stamme, die – auch wenn man das in Bayern nicht vermutet – mit einer hohen Umweltbelastung verbunden war, wurde ich als 18-Jähriger Mitbegründer der regionalen und örtlichen Grünen in Bayern. Was meinen beruflichen Werdegang anbelangt, so bin ich nach meiner Ausbildung in der Chemieindustrie während des Zivildiensts von Oberbayern

nach Oberschwaben übergesiedelt, wo ich in der Psychiatrie eine Ausbildung in der Krankenpflege absolvierte. Daraus resultiert unter anderem meine lebenslange Verbindung zur ambulantiserten Gesundheitsversorgung in der Psychiatrie.

**Als Gesundheitsminister von Baden-Württemberg haben Sie Anfang des Jahres den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) übernommen. Welche Akzente möchten Sie setzen?**

Der Hauptakzent liegt auf der Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung, allen voran auf der stationären Versorgung, allerdings mit starker Einbindung der sektorenübergreifenden Versorgung. Dies hatten wir im Koalitionsvertrag der



Ampel verabredet, den ich für die grüne Seite mitverhandeln durfte. Da trifft es sich jetzt gut, dass Bundesminister Lauterbach die Ergebnisse der Regierungskommission schon vorgelegt hat und wir als GMK-Vorsitzland den Prozess moderierend begleiten. Zudem haben wir Vereinbarungen für eine strukturierte Bund-Länder-AG getroffen, in der wir Interessen und Zuständigkeiten so miteinander abstimmen, dass es am Ende ein gutes Ergebnis geben kann – und auch geben muss.

**Welche Handschrift wollen Sie insbesondere aus Ihrem Bundesland einbringen?**

Ich verstehe das Land Baden-Württemberg als Motor für sektorenübergreifende Versorgung und die Etablierung von Primärversorgungszentren. Wir sind bereits mit eigenen Modellprojekten in Vorleistung gegangen. Baden-Württemberg ist das Flächenland, das vermutlich bereits am mutigsten Krankenhausstandorte zukunftsfähig aufstellt, beispielsweise durch Kooperationen, aber auch Konzentrationen. Darüber hinaus haben wir den Arbeitsgruppenvorsitz der Bund-Länder-AG Langzeitpflege inne, um auch dort die Angebotsstruktur, die Rolle der Kommunen sowie die sektorenübergreifenden Leistungen auch in der Pflege zu stärken. Der dritte Bereich, in dem wir uns als Motor sehen, ist die Digitalisierung und das Nutzen telemedizinischer Möglichkeiten. Baden-Württemberg ist das erste Bundesland, das krankhausplanerisch die personalisierte Medizin ausgewiesen hat. Hier wollen wir unsere Vorreiterrolle durch Best-Practice-Beispiele ausfüllen.

**Ein herausforderndes Anliegen des Bundes und der Länder ist die Krankenhausreform. Wie stehen Sie zu den Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Versorgung?**

An dieser Stelle möchte ich zunächst unser gutes Gesundheitssystem hervorheben und auch die guten Krankenhäuser, die wir hier in Deutschland haben. Aufgrund der Spezialisierung in der Medizin und den knappen Personalressourcen gibt es jedoch die Erkenntnis, nicht an jedem Ort alles machen zu können. Daher müssen Einheiten geschaffen werden, die

in organisatorischer, personeller und wirtschaftlicher Hinsicht lebens- und leistungsfähig sind. Die schematische Skizzierung der Reform durch die Kommission erscheint uns in einigen Punkten plausibel, manches bewerten wir, auch aufgrund der guten Erfahrungen unserer eigenen Krankenhausplanung, aber anders. Wir kennen die Bedürfnisse unserer Bürgerinnen und Bürger vor Ort und wollen aus den Vorschlägen das Beste zusammenfügen. Krankenhausplanung ist aus gutem Grund Ländersache.

**Die Reformansätze setzen auf eine stärkere Vereinheitlichung der Krankenhauslandschaft durch die Etablierung von bundeseinheitlichen Levels 1 bis 3 von Krankenhäusern von der Grundversorgung bis hin zur Maximalversorgung mit entsprechenden Mindestanforderungen und der Zuordnung von Leistungsgruppen (etwa Kardiologie). Ziel ist es, die Qualität zu verbessern – nicht jedes Krankenhaus soll jede Leistung erbringen. Die Länder halten zum Teil deutlich dagegen. Besteht nicht die Gefahr, dass der Flickenteppich in der Krankenhauslandschaft weiter fortbesteht?**

Die Frage ist doch, wie der Begriff Flickenteppich gemeint ist. Für Menschen in Südbaden ist es unerheblich, wie die Krankenhausstruktur an der Grenze zu Polen ist, weil sie diese nie in Anspruch nehmen werden. Die Bürgerinnen und Bürger nutzen die ambulanten und stationären Strukturen, die sie in ihrer Region vorfinden. Natürlich muss die Qualität einer Leistung bundesweit vergleichbar sein, das gilt auch für die Umsetzung und Konstruktion zwischen Leistungsgruppen, Leveln oder Angebotstypen. Aber in welcher Kombination der Disziplinen die Krankenhäuser aufgestellt sind, muss vor Ort entschieden werden. Die Krankenhausplanung muss Sache der Länder bleiben.

**»Es ist die Grundidee der Krankenhausreform, über das Entgeltsystem keine Fehlanreize zu schaffen.«**

**Stichwort Finanzierung: Sehen Sie nicht die Gefahr, dass durch die Krankenhausreform ungeachtet des ohnehin hohen Ausgabenniveaus auch im internationalen Bereich alles noch viel teurer werden könnte?**

Was die Kosten anbelangt, verdienen heute vor allem die Krankenhäuser, die Fehlanreize haben.

Das ist ein Grund dafür, warum ein Krankenhaus, das sich beispielsweise auf Endoprothetik spezialisieren konnte, durch eine große Anzahl an Behandlungen und Operationen gute Ertragszahlen erreicht, aber die Basismedizin nicht finanziert ist. Ganz besonders deutlich wird das in der Pädiatrie. Das müssen wir ändern. Es ist die Grundidee der Reform, über das Entgeltsystem keine Fehlanreize zu schaffen. In den vergangenen Jahren sind wir übrigens auch nicht untätig gewesen und haben in den zuständigen Gremien über Planungsausschweisungen zusammen mit den Krankenkassen und den Landeskrankenhause Ausschüssen die Angebotsstrukturen angepasst.

**Also, Sie meinen, es sind längerfristig Effizienzreserven zu erzielen. Dennoch muss doch zunächst erst einmal in den Umbau der Krankenhauslandschaft investiert werden.**

Hier ist sicherlich auch die gesetzliche Krankenversicherung gefordert. Deshalb brauchen wir ja auch dringend eine nachhaltige Stabilisierung der Finanzen der GKV. Leider zeigt Bundesfinanzminister Christian Lindner hier derzeit noch wenig Bereitschaft. Im Koalitionsvertrag wurde beschlossen, die höheren Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld, dem vormaligen Arbeitslosengeld II, aus Steuermitteln zu finanzieren und nicht aus der GKV, was immerhin zu Einsparungen von zehn Milliarden Euro jährlich führen würde. Wenn wir hier nicht helfend eingreifen, werden wir immer eine unwürdige Debatte der Leistungsbelastung haben. Daher sehe ich hier mittlerweile Bundeskanzler Scholz in der Pflicht.

**Wie sieht es mit der Investitionsfinanzierung der Länder aus? Die Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung seit Langem nicht im ausreichenden Maße nach. Müsste das nicht angesichts des Gesamtreformkonzepts vereinheitlicht werden?**

Wir sind ein Bundesland, das seine Investitionskosten und Investitionsmittel seit der Regierungsübernahme durch das Kabinett Kretschmann I im Jahr 2011 deutlich erhöht hat und auf hohem Niveau weiterentwickeln muss. Gute Versorgungspolitik sollte immer mit zukunftsfesten Investitionen einhergehen, denn schon heute müssen die Angebote in fünfzehn Jahren antizipiert werden.



**Manfred „Manne“ Lucha** ist Gesundheitsminister in Baden-Württemberg. Zudem hat er für das Jahr 2023 den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) inne. Darüber hinaus ist er seit 2011 Abgeordneter von Bündnis 90/ Die Grünen für den Wahlkreis Ravensburg im baden-württembergischen Landtag. Seine Vereidigung zum Minister für Soziales, Gesundheit und Integration im Kabinett Kretschmann III erfolgte im Mai 2021. Zuvor war er ebenfalls Gesundheitsminister im Kabinett Kretschmann II. Am Anfang seines beruflichen Werdegangs absolvierte der Grünen-Politiker zunächst eine Ausbildung zum Chemiewerker und danach eine dreijährige Ausbildung zum Krankenpfleger. Weitere Stationen waren der Abschluss eines Masterstudiengangs im Fach Management im Sozial- und Gesundheitswesen (2003) und seine rund 25 Jahre lange Tätigkeit bei einem sozialpsychiatrischen Dienst im Bodenseekreis.

Diese Krankenhausreform gibt uns die Chance, auch baulich das Richtige zu tun und die Größenordnungen richtig einzuschätzen. In dieser Hinsicht war es gut, dass der Bund diverse Struktur- und Zukunftsprogramme aufgelegt hat, die Länder wie Baden-Württemberg konsequent kofinanzieren haben. Die Länderhaushalte sind allerdings unterschiedlich aufgestellt, zudem sind den Bundesländern bezüglich der eigenen Finanzkraft Grenzen gesetzt. Wie Sie wissen, stemmen vor allem Bayern und Baden-Württemberg den Finanzkraftausgleich. Im Grunde müssen die Landesregierungen selbst nach Lösungen suchen. Kleinere Bundesländer, etwa in der Nähe zu Stadtstaaten, könnten hier durchaus auch im Kollektiv agieren.

**Drei Länder haben schon angekündigt, die Krankenhausreform auf ihre Verfassungsmäßigkeit überprüfen zu lassen. Unterstützen Sie diesen Vorstoß?**

Wir haben uns diesem Vorgehen bewusst nicht angeschlossen, weil wir bisher der Meinung sind, dass der laufende Prozess gut und konstruktiv ist. Sicherlich ist es eine enorme Herausforderung, die Kräfte zu bündeln. Man kann das aus meiner Sicht durch Länderöffnungsklauseln regeln. So bleibt die verfassungsgemäße Planungshoheit der Länder gewahrt. Ich appelliere allerdings dafür, diese Frage politisch und nicht gerichtlich zu lösen.

**Kommen wir auf die sektorenübergreifende Versorgung zu sprechen. Im Reformkonzept der Gesundheitsreform ist die Level I-Stufe vorgesehen, um die Grundversorgung und ihre Verzahnung zum ambulanten Bereich sicherzustellen. Entspricht das dem Konzept der Primärversorgungszentren, das Sie in Baden-Württemberg auf den Weg gebracht haben?**

Wie Sie wissen, plant Bundesminister Lauterbach demnächst die Versorgungsgesetze 1 und 2 vorzulegen – und



## »Primärversorgungs- zentren sind ein Konzept, um den Bedarf der Bürgerinnen und Bürger zu decken«



wir wollen, dass die Primärversorgung vorgezogen und definiert wird. Es muss hybride Leistungsmöglichkeiten geben, damit wir nicht mehr zwischen ambulant und stationär unterscheiden müssen. Dahinter steht der Gedanke der Ambulantisierung, der sich aus beiden Teilen speist. Das kann im Einzelfall schon auch einmal ein Level II Krankenhaus sein. Alleine auf diese Struktur zu setzen, wäre aus meiner Sicht aber nicht sachgerecht und zu einseitig gedacht.

**Das heißt, Sie würden Ihre Primärversorgungssysteme durch eine stationäre Basis ergänzen.**

Genau, wir würden sie wo nötig quasi „hineinkonzipieren“. Wir sind in Baden-Württemberg jetzt mit zehn Primärversorgungszentren gestartet und wollen sie weiter ausbauen. Es ist, um das provokativ zu sagen, kein Konzept für Restkrankenhäuser, die im Prinzip nicht bedarfsnotwendig sind, sondern ein Konzept, um den Bedarf der Bürgerinnen und Bürger zu decken. Deren größte Sorge ist doch, dass sie sich beim späten Abendvesper tief in den Finger schneiden und keiner versorgt sie. Das sind sehr seltene, aber durchaus auftretende Konstellationen. Und dafür brauchen wir Sicherheit, aber sicherlich nicht immer das große Besteck.

**Können Sie kurz schildern, nach welchen Kriterien Sie diese Primärversorgungszentren aufgebaut haben?**

Der Grundgedanke geht über das reine medizinische Versorgungszentrum hinaus. Wir

fordern zum Beispiel eine Navigation und ein Case Management für Personen, die sich schwertun, durch ein System mit multidisziplinären Strukturen, Gesundheitsleistungen, ärztlichen Leistungen und pflegerischer Beratungsleistung zu navigieren. Auch müssen wir Pflege, andere therapeutische Berufe und natürlich auch mehrere ärztliche Disziplinen bündeln.

**Haben Sie schon Erfahrungen damit, wie das bei den Menschen ankommt?**

Wir haben vor rund einem Jahr mit den ersten Modellprojekten begonnen, im Laufe dieses Sommers erwarten wir erste konkrete Zwischenberichte. Woran es noch hakt, ist, dass es noch keine verbindlichen Genesungsbetten für mehrere Tage gibt. Das wollen wir mit dem Versorgungsgesetz verbessern. Problematisch sind auch Kooperationsverbote und Compliance-Richtlinien. Wir hatten in einem Primärversorgungszentrum tatsächlich das Problem, dass die Physiotherapiepraxis und die Arztpraxis keinen gemeinsamen Wartebereich nutzen durften wegen der Compliance-Vorgaben. So lassen sich Kräfte natürlich nicht bündeln.

**Sie kennen ja sicher unser vdek-Modell der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ), das sehr ähnlich konzipiert ist.**

Ja, und im Prinzip müssen wir uns definitorisch noch auf eine Begrifflichkeit verständigen. Die Primärversorgung ist keine reine ärztliche Fixierung, sondern lebt auch von der eben beschriebenen Navigation und der Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen im Team. Zudem sollen Primärversorgungszentren Mehrfachdiagnosen verhindern.

**Eine weitere Säule, die in der Diskussion ist und im Koalitionsvertrag steht, sind die Gesundheitskioske. Wie ist Ihre Haltung als Vertreter der Grünen dazu?**

Dem Bundesgesundheitsminister war das wichtig, aber wir haben uns in unserem Bundesland für andere Strukturmodelle entschieden. Ich glaube, da wird es keinen Wettbewerb geben. An solchen Orten, an denen es soziokulturell passt, ist die Kioskidee sicher einen Versuch wert. Aber wir in Baden-Württemberg konzentrieren uns auf die Primärversorgung. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame  
Öffentlichkeitsinitiative  
der Ersatzkassen



Es diskutierten auf dem Podium (v. l. n. r.): Claudia Ackermann, Prof. Dr. Steffen Gramminger, Reinhard Schaffert, Prof. Dr. Andreas Beivers

#### VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

## Kongress „Zukunft Gesundheit“: Lebendige Diskussion zum Umbau der Krankenhausstrukturen

**A**m 1. und 2. März 2023 fand in Wiesbaden der Kongress „Zukunft Gesundheit“ des Klinikverbunds Hessen e. V. statt. Unter dem Titel „Zukunft der Finanzierung – Neue Strukturen brauchen neue Finanzierungsmodelle“ diskutierte Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, mit Prof. Dr. Andreas Beivers, Hochschule Fresenius für Management, Wirtschaft und Medien GmbH, München, und Prof. Dr. Steffen Gramminger, Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V., über die Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform und die Auswirkungen der Reform auf die Versorgung in Hessen, moderiert von Reinhard Schaffert, Geschäftsführer des Klinikverbundes. **Bei den Beteiligten herrschte Einigkeit darüber, dass eine Krankenhausreform dringend erforderlich sei, und dass die Vorschläge, etwa die Versorgungsstrukturen durch bundesweit einheitliche**

Kriterien bedarfsgerecht zu verändern sowie Zentrenbildung, Konzentration und Spezialisierung von Krankenhausleistungen zu verbessern, im Kern richtig sind und den Stand der fachlichen Debatte der vergangenen Jahre abbilden. **In der lebhaften Diskussion stellte die vdek-Landeschefin klar, dass bei der geplanten Krankenhausreform die Struktur- und Finanzreform zwingend zusammengehören.** „Im Sinne der Patient:innen müssen mit der Krankenhausreform die Strukturen bedarfsgerecht und qualitätsorientiert umgebaut werden und der Blick auch über die Sektorengrenzen hinausgehen, um eine umfassende moderne Versorgung sicherzustellen. Dabei muss auch das Thema Nachhaltigkeit mitgedacht werden“, forderte Ackermann. Nur so könne die Krankenhausversorgung in Hessen in den kommenden Jahrzehnten im Sinne der Patient:innen auf hohem qualitativen Niveau sichergestellt werden. *hk*




VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

## Ersatzkassen spielen tragende Rolle bei Sicherstellung notärztlicher Versorgung


In akuter Lebensgefahr bedarf es schneller medizinischer Hilfe. Eine wichtige Rolle spielt dabei die notärztliche Versorgung durch den Rettungsdienst. Damit die Hilfe möglichst unverzüglich zum Einsatz ausrücken kann, müssen Dienstsichten mit genügend Ärzt:innen besetzt sein. In Sachsen ist dafür die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verantwortlich. Der Freistaat ist das einzige Bundesland, in dem die GKV den Sicherstellungsauftrag für die notärztliche Versorgung besitzt. **Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen e. V. in Sachsen 2005 eine Arbeitsgemeinschaft Notärztliche Versorgung (ARGE NÄV) gegründet.** Die Geschäftsstelle der ARGE NÄV kümmert sich um die Dienstbesetzung und Dienstplanung für die 78 Notarztstandorte in Sachsen sowie die vertragliche Bindung der Notärzt:innen. In 2022 waren rund 54.000

12-Stunden-Notarzdienste im Freistaat zu besetzen. Das Prinzip der Beteiligung basiert dabei auf einer freiwilligen Mitwirkung der Notärzt:innen. Zu den Aufgaben der GKV gehören neben der Organisation der Dienstbesetzung die Verhandlung von Vergütungen für die Notarztstätigkeit und die Organisation deren Abrechnung. Die vdek-Landesvertretung Sachsen ist hier federführend für die GKV in Sachsen tätig. **Derzeit wird das Sächsische Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) novelliert.** Die vdek-Landesvertretung hat sich während des bisherigen Novellierungsprozesses in Fachaustauschen, Anhörungen sowie durch die Erarbeitung von GKV-Positionen mit der Ersatzkassen-Expertise beteiligt. Mit der Einbringung eines Referentenentwurfs in den Landtag durch das federführende Sächsische Ministerium des Innern ist noch vor der Jahresmitte 2023 zu rechnen. *cb*

---

 **@vdek\_HH** Etwa 4 Mio. Menschen in Deutschland haben eine seltene Erkrankung. Die **#Ersatzkassen** haben einen besonderen Versorgungsvertrag zur Diagnostik mit dem **@UKEHamburg** geschlossen. Ziel: Verkürzung des langen Leidenswegs der Patient:innen **#RareDiseaseDay #regionalstark**

---

 **@vdek\_NRW** Die Vorstände und Leiter der Krankenkassen und Verbände in **#NRW** diskutierten mit Staatssekretär **@MatthiasHeidmei** über **#KrankenhausplanungNRW** und KHReform Bund, **#Pflege** und **#Fachkräftemangel**. Intensiver und guter Austausch. Danke dafür!

---

#### VDEK-LANDESVERTRETUNGEN HESSEN, SAARLAND UND RHEINLAND-PFALZ

## Selbstverwalter:innen im Austausch mit der Pflegeforschung

**P**flegefachkräfte in Deutschland bilden mit 1,1 Millionen Beschäftigten die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Aber der Pflegeberuf ist alles andere als einheitlich. „Dabei wäre es so wichtig, Pflegeberufe zu vernetzen“, sagte Prof. Dr. Michael Isfort (Foto) vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) am 8. März 2023 in Mainz. Er war Gast beim vdek-Treffen der Ersatzkassenvertreter:innen in den Verwaltungsräten der Mitgliedskassen sowie der Medizinischen Dienste aus Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. **Neben seinem Vortrag gab es einen Werkstattbericht aus der Arbeit des vdek und Informationen zu den Pflegestützpunkten.** Isfort zieht aus seinen Studien



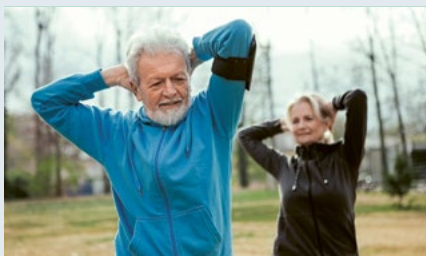
politisch relevante Schlüsse: „Wir hören oft, dass es immer weniger Pflegekräfte gibt. Unsere Zahlen belegen aber einen Anstieg bei den Ausbildungszahlen. Weil jedoch 35 Prozent der Pflegekräfte über 50 sind, werden wir hier in den nächsten Jahren dennoch eine Lücke haben.“ Isfort plädiert daher für eine viel stärker regional orientierte Planung. **Wie kann**

**denn die Pflege langfristig gesichert werden?** Wissenschaftler:innen und Selbstverwaltung sind sich einig: Die Form der Ausbildung muss überdacht, das Ehrenamt stärker vernetzt und der Pflegeberuf attraktiver werden. Es reicht aber nicht, den Pflegeberuf zu stärken. Auch eine nachhaltige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist vonnöten. *drs, tbö*

#### VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

## Programm für Senior:innen ebnet Übergang in nachberufliche Phase

**I**m Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf ist das Programm „Aktiv in den Ruhestand“ gestartet. Dabei werden alle 67-jährigen Bürger:innen aus Marzahn-Hellersdorf quartalsweise per Brief zu einer Informationsveranstaltung in ein Stadtteilzentrum vor Ort eingeladen. Zusätzlich erhalten sie den eigens erarbeiteten „Ruhestandskompass“ – eine auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmte Handreichung mit reichlich Informationen und Anregungen für die Zeit nach der aktiven Berufsphase. **Das berlinweit einzigartige Projekt ist im Rahmen einer Kooperation zwischen dem Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf und der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg entwickelt worden.** Ziel des Programms ist es, die angehenden Ruheständler:innen zu motivieren, Möglichkeiten



der Beteiligung und des ehrenamtlichen Engagements vor Ort wahrzunehmen, sich sozial zu vernetzen und langfristig Wohlbefinden und Gesundheit zu stärken, kurzum, den Übergang in den Ruhestand gesundheitsfördernd zu gestalten. **„Aktiv in den Ruhestand“ ist Bestandteil der Gesundheitsstrategie Marzahn-Hellersdorf.** Diese will durch

Unterstützungsangebote Voraussetzungen für gesunde Lebensbedingungen unabhängig von der sozialen Lage schaffen und wird dort vom im Bezirksamt ansässigen SeniorenServiceBüro koordiniert. Während der gesamten Laufzeit von drei Jahren wird das Programm auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit erforscht. Die Finanzierung erfolgt durch die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg. *ug*

VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

## Viele neue Gesichter im Parlament

**W**enn mehr als die Hälfte der Landtagsabgeordneten neu im Parlament ist, dann ist das ein guter Grund, sich in angenehmer Atmosphäre kennenzulernen. Und so war es nicht weiter verwunderlich, dass die Einladung zum Parlamentarischen Abend des vdek in Niedersachsen auf große Resonanz stieß. **Vor gerade einmal 107 Tagen hatte das neu gewählte niedersächsische Landesparlament seine Arbeit aufgenommen, als sich die vdek-Landesvertretung Ende Februar mit Politik-Verantwortlichen zum Austausch traf.** Noch frischer im Amt war der neue Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi (links im Bild), der zu diesem Zeitpunkt gerade einmal vier Wochen seinen neuen Posten bekleidete. Entsprechend hatte das Grußwort des Ministers gewissermaßen den Charakter einer Antrittsrede – inklusive der Unterstreichung, Gesundheitspolitik müsse zuvorderst aus Sicht der Patientinnen und Patienten



gedacht werden. **Damit rannte Philippi bei vdek-Landesleiter Hanno Kummer (im Bild rechts) offene Türen ein.** „Wir müssen vorhandene Ressourcen bündeln, und zwar weil wir gerade kein Weniger an Versorgung wollen, sondern weil es die einzige Möglichkeit ist, eine gute, hochwertige Versorgung in den Regionen zu organisieren“, betonte Kummer in seiner

Rede mit Blick auf die Krankenhausreform. Neben zahlreichen Abgeordneten waren auch Landtagspräsidentin Hanna Naber und Staatssekretärin Dr. Christine Arbogast zu der Veranstaltung am Nordufer des Hannoverschen Maschsees gekommen. Nach dem offiziellen Teil hatten die Abgeordneten bei einem Buffet die Gelegenheit, sich über die gesundheitspolitische Lage in Niedersachsen auszutauschen. Unter anderem bot das neue Niedersächsische Krankenhausgesetz reichlich Gesprächsstoff.

siko

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

## Thomas Hackenberg übernimmt die Leitung



v. l. n. r.: Ulrike Elsner, Thomas Hackenberg, Dr. Ralf Langejürgen

Zum neuen Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern ist Thomas Hackenberg mit Wirkung zum 1. April 2023 berufen worden. In den vergangenen Jahren gehörte er als Referatsleiter Pflege und Sonstige Vertragspartner zum Führungsteam der Landesvertretung. Er folgt auf Dr. Ralf Langejürgen, der 15 Jahre lang die Leitung innehatte.

**Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, gratulierte Thomas Hackenberg zu seiner Berufung und wünschte ihm viel Erfolg in der neuen Funktion.** Durch diese Besetzung würden die Interessen der Ersatzkassen auch in Zukunft weiterhin gut vertreten. Zugleich dankte sie dem scheidenden Leiter der Landesvertretung Dr. Ralf Langejürgen für sein erfolgreiches Engagement für die Ersatzkassen und wünschte ihm für seinen weiteren beruflichen Weg alles Gute. sesa





EINWURF

# Keine Verbesserung bei Lieferengpässen durch Aufweichen der Festbeträge und Rabattverträge

Text von **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des vdek

**S**eit einiger Zeit treibt die Öffentlichkeit die Sorge um Medikamentenmangel aufgrund von Lieferengpässen um. Als Verursacher sind schnell vermeintlich zu niedrige Arzneimittelpreise, verursacht durch Festbeträge und Rabattverträge, ausgemacht. Der Gesetzgeber will jetzt mit einem kürzlich im Kabinett verabschiedeten Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen gegensteuern. Doch wird er dem Problem gerecht? Zunächst zur Einordnung: Die Versorgungssicherheit in Deutschland ist nach wie vor sehr hoch. Die Produktengpassquote liegt nach dem Lieferklima-Report der Techniker Krankenkasse im Schnitt bei etwa 0,5 Prozent, stieg 2022 aber auf 0,7 Prozent. Für 99,3 Prozent aller Arzneimittel wurden keine Engpässe gemeldet. Zudem haben Produktengpässe nur selten Auswirkungen auf die Versorgung. In fast allen Fällen kann die Therapie durch wirkstoffidentische oder zumindest wirkstoffähnliche Arzneimittel fortgeführt werden. Lieferengpässe sind also nicht zwingend Versorgungsengpässe. Die Ursachen von Lieferengpässen liegen vor allem in den global verteilten und komplexen Lieferketten und der Lieferung von Arzneimitteln auf Abruf. Lieferverpflichtungen wurden deshalb von der pharmazeutischen Industrie oft nicht eingehalten. Es ist deshalb richtig, dass die Bundesregierung nun mehr Transparenz in der Versorgungskette schaffen sowie das Frühwarnsystem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ausbauen möchte.

Allerdings sollten unseres Erachtens die Hersteller verpflichtet werden, Lieferengpässe von sich aus zu melden. Hinzu kommen Regelungen zur Mindestbevorratung von Arzneimitteln bei pharmazeutischen Herstellern und Krankenhäusern. Die im Gesetzentwurf angelegten Maßnahmen – erweiterte Lagerhaltung, Transparenz und ein Frühwarnsystem – sind daher positiv mit Blick auf die Versorgungssicherheit.

Der Gesetzentwurf sieht aber auch Beschränkungen von Festbeträgen und Rabattverträgen vor. So sollen Kinderarzneimittel von der Festbetragsystematik und von Rabattverträgen ausgenommen und gleichzeitig Pharmaherstellern gestattet werden, die Preise um 50 Prozent anzuheben. Dies kostet zunächst für die Beitragszahlenden mehr Geld, bietet aber in einem globalen Markt keine Gewähr, dass tatsächlich mehr Arzneimittel vor Ort zur Verfügung stehen. Und für die Rabattverträge gilt laut Lieferklimaindex, dass diese nur halb so häufig von Lieferengpässen betroffen sind wie rabattfreie Arzneimittel. Rabattverträge tragen aufgrund der Planbarkeit sogar zur Versorgungssicherheit bei. Also: Das im Gesetzentwurf vorgesehene Verwässern der Festbeträge und Rabattverträge setzt die falschen Impulse mit Blick auf Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit. Wir setzen dazu auf Erkenntnisgewinn und Nachbesserungen im weiteren parlamentarischen Verfahren. ■

# Sozialwahl 2023

Die diesjährige Sozialwahl 2023 wirft ihre Schatten voraus. **Rund 52 Millionen Versicherte und Rentner:innen wählen ihre ehrenamtlichen Vertreter:innen in den Sozialparlamenten der Krankenkassen und Rentenversicherung.** Begleitet wird die Sozialwahl von einer gemeinsamen Öffentlichkeitskampagne der im Verband der Ersatzkassen e.V. organisierten Krankenkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Stichtag für die 13. Sozialversicherungswahlen seit Bestehen der Bundesrepublik ist der 31. Mai 2023. Bei dieser Wahl gibt es zwei spannende Entwicklungen, die zur Erhöhung der Wahlbeteiligung beitragen können: Erstmals haben die 22 Millionen Mitglieder der Ersatzkassen alternativ zur Briefwahl die Möglichkeit, ihre Stimme online abzugeben. Eine Onlinewahl dieses Ausmaßes hat es bisher in Deutschland nicht gegeben. Zudem ist eine verbindliche Geschlechterquote von 40 Prozent vorgegeben, womit der Anteil der Frauen in den Gremien der Krankenkassen erhöht wird.





# Sozialwahl- Kampagne 2023: Deine Stimme. Deine Wahl.



**Sozialwahl 2023**  
Für Gesundheit & Rente

**Deine Stimme. Deine Wahl.**

Text von **Michaela Gottfried, Dirk Bunzel und Nadiya Romanova**

Sensibilisieren, aktivieren und mobilisieren für die Sozialwahl 2023 – diese Ziele zeichnen die **Öffentlichkeitskampagne** der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) sowie der im Verband der Ersatzkassen organisierten Krankenkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk aus. Ab dem 20. April beginnen die Träger mit dem Versand der Wahlunterlagen. Stichtag für die dreizehnten Sozialversicherungswahlen seit Bestehen der Bundesrepublik ist der 31. Mai 2023.

**S**ozialwahlen gibt es in der Bundesrepublik schon seit 1953. Seit Jahrzehnten führen die traditionell urwählenden Sozialversicherungsträger – Ersatzkassen und die DRV Bund – eine gemeinsame Kampagne durch, um möglichst viele Wähler:innen zur Wahl zu mobilisieren. In diesem Sozialwahljahr sind das die rund 52 Millionen wahlberechtigten Versicherten der Ersatzkassen und Rentner:innen der DRV Bund. Diese entscheiden, wer sie in der Rentenversicherung und bei den Ersatzkassen in den Sozialparlamenten vertritt.

Information und Mobilisierung sind wichtig – das wissen wir von jeder anderen politischen Wahl wie beispielsweise den Europa-, Bundestags- und Landtagswahlen oder kommunalen Wahlen. Die Sozialwahl ist im Übrigen die drittgrößte Wahl in Deutschland und verankert in der Sozialgesetzgebung unseres Landes. Je größer die Wahlbeteiligung, desto größer ist auch die politische Legitimation und politische Durchschlagskraft der gewählten Vertreter:innen der Sozialen Selbstverwaltung.

Das Besondere an der Sozialwahl 2023: Die TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk werden ihren 22 Millionen Wahlberechtigten bei der Sozialwahl 2023 erstmals auch die digitale Stimmabgabe

anbieten. Damit setzen diese Ersatzkassen ein Modellprojekt zur Online-Sozialwahl um, wofür der Gesetzgeber im Mai 2020 die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen hatte. Eine Online-Wahl in dieser Größenordnung hat es in Deutschland bislang noch nicht gegeben. Die Krankenkassen leisten damit echte Pionierarbeit. Alternativ zur traditionellen Briefwahl können die Wahlberechtigten nun auch bequem und sicher am PC, Notebook, Smartphone oder Tablet abstimmen. Mit wenigen Klicks kann gewählt werden. Dabei entspricht die Online-Wahl allen Grundsätzen für Wahlen in Deutschland – sie ist allgemein, unmittelbar, frei, geheim und gleich.

Die Online-Wahl modernisiert die Sozialwahl. Vor allem technikaffine Menschen, in deren Alltag es Standard ist, Dinge digital zu erledigen, bekommen mit der Online-Option einen attraktiveren und zeitgemäßerem Zugang zur Wahlhandlung. Das könnte bei der bevorstehenden Wahl mehr Menschen ansprechen, ihre Stimme abzugeben. Nach 30,1 Prozent in 2011 und 30,4 Prozent in 2017 wird erneut eine etwas höhere Wahlbeteiligung angestrebt. Zur Modernisierung der Sozialwahl trägt auch bei, dass es erstmals eine Geschlechterquote von 40 Prozent in den Sozialparlamenten geben soll, was sich auch auf den zu wählenden Listen widerspiegelt.



### Roter Briefumschlag als Leitidee

Die Sozialwahl ist traditionell eine Briefwahl. Der ausgefüllte Stimmzettel wird in einem roten Briefumschlag zurück an die jeweilige Ersatzkasse beziehungsweise die DRV Bund geschickt. Weil der Wiedererkennungswert des roten Briefumschlages im Zusammenhang mit der Sozialwahl sehr groß ist, ist er auch bei der Kampagne 2023 wieder mit dabei. Der rote Brief bildet ein dominierendes Gestaltungselement des Logos und dient auch als Leitidee der Kreation. Dabei wurde der Umschlag grafisch weiterentwickelt und optisch verjüngt. Die abgerundete Form folgt einem modernen Design, wie es beispielweise Apps verwenden. Wer möchte, mag darin einen Hinweis auf die neue Möglichkeit der

### Zielgruppenbasierte Ansprache

Lebenswelten und Einstellungen der Wählerschaft zur Sozialwahl sind verschieden. Junge Leute informieren sich anders als ältere. Junge Menschen sind sehr aufgeschlossen gegenüber Online-Medien, informieren sich im Internet und posten in den sozialen Netzwerken. Senior:innen setzen weiterhin gern auf Printprodukte wie Zeitungen und Magazine und schauen fern. Die Sozialwahlkampagne 2023 basiert deshalb auf einem differenzierten Zielgruppenkonzept, das auf Daten aus einer Vorwahlbefragung und der darauf basierenden Strategie zurückgreift. Dafür wurde wissenschaftliche Expertise aus der Wahlforschung sowie Wissen über bevorzugte Kommunikationskanäle hinzugezogen. Gezielt angesprochen in der Kampagne werden junge Menschen (16 bis 34 Jahre), Erwachsene und Familien (35 bis 49 Jahre), „Best Ager“ (50 bis 64 Jahre) und Senior:innen (65 Plus).

Für die Kampagne zur Sozialwahl haben die Träger bereits im Sommer 2022 zwei Agenturen beauftragt. Als Leadagentur und verantwortlich für Kreation, PR, Pressearbeit und Social Media wurde die Agentur Serviceplan Berlin gewonnen. Sie gestaltet gemeinsam mit der Agentur Mediaplus Berlin die Werbeschaltung über alle Mediengattungen hinweg für die Kampagne.

Online-Stimmabgabe erkennen, wie sie die Ersatzkassen erstmalig anbieten. Der neue Claim zum Logo bringt auf den Punkt, worum es bei der Sozialwahl geht: Mitbestimmen bei Gesundheit und Rente! Mitmachen! Der rote Umschlag und diese zentrale Botschaft prägen die gesamte Kampagne, jeweils zielgruppen- und medienspezifisch aufbereitet – ob als Social-Media-Tweet, Internetbanner, Zeitungsanzeige, Großflächenplakat oder Fernsehspot.

Die Sozialwahlkampagne will über die Sozialwahl informieren und zur Stimmabgabe aktivieren. Sie will die Bedeutung der Selbstverwaltung im deutschen Sozialversicherungssystem erklären und vermitteln, welche Rolle die Sozialwahl dabei spielt: Es geht um demokratische Mitbestimmung und

darum, der Selbstverwaltung den Rücken zu stärken und Versicherteninteressen in der Renten- und der Krankenversicherung mehr Gewicht zu geben. Mit ganz konkreten Themen aus dem Alltag soll den Menschen gezeigt werden, welchen Nutzen die ehrenamtliche Selbstverwaltung ihnen bringt. Darüber hinaus will die Kampagne über den Ablauf der Sozialwahl, die Kandidatinnen und Kandidaten und Listen, das Prozedere bei Online- und bei Brief-Wahl sowie anstehende Termine informieren.

### Gesichter der Kampagne

Neben unterschiedlichen Themen lebt die Kampagne von Personalisierung. Die Kampagne bindet zahlreiche Fürsprecher:innen aus Politik und Gesellschaft



**Michaela Gottfried** ist Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek



**Dirk Bunzel** ist Referent in der Abteilung Kommunikation beim vdek



**Nadiya Romanova** ist Referentin in der Abteilung Kommunikation beim vdek

und andere Testimonials ein, die verschiedene Einzelthemen repräsentieren und unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Oder auch Versicherte, die ganz konkret von Entscheidungen der Sozialen Selbstverwaltung profitiert haben, wie beispielsweise vom guten Service ihrer Krankenkasse. Auch Influencer:innen aus der digitalen Welt wie Sophie Passmann (304.000 Follower), watarasagt (290.000 Follower) oder Aurel Mertz (226.000 Follower), die in eigenen Social-Media-Formaten glaubwürdig und reichweitenstark gesellschaftliche Fragen thematisieren, gestalten die Kampagne mit. Alle diese Menschen, die der Kampagne ein Gesicht geben, eint das Bekenntnis zu dem demokratisch legitimierten Sozialsystem Deutschlands, zum gesellschaftlichen Miteinander und zum Ehrenamt sowie ihre Unterstützung des Appells, sich an der Sozialwahl 2023 zu beteiligen.

### **Medienarbeit, Presse und Werbung**

Medienarbeit und PR sind als Informationsmittel zentrale Bausteine der Kampagne, die während der gesamten Zeit eingesetzt werden. Das reicht von Pressemitteilungen und Pressekonferenzen bis hin zu Infoflyern, Grafiken und Hintergrundtexten. Stark auf die Interaktion mit den Menschen setzen die sozialen Medien. Die Sozialwahlkampagne ist hier mit eigenen Kanälen auf YouTube, Facebook und Twitter unterwegs. Analog der redaktionellen Medien werden auch für die sozialen Medien unterschiedliche Darstellungsformen genutzt, wie etwa Posts zu wichtigen Terminen der Wahl oder Erklärvideos. Die Ende letzten Jahres freigeschaltete Website → [sozialwahl.de](https://sozialwahl.de) bildet das zentrale Informationsmedium der Kampagne. Sie bündelt alle wichtigen Informationen für

Journalist:innen, Wählende, Wissenschaftler:innen oder allgemein Interessierte. Hier werden die Listen und Kandidatinnen und Kandidaten vorgestellt, hier gibt es Fragen und Antworten zu vielen wichtigen Themen, hier kommen Versicherte und prominente Unterstützer:innen aus der Politik zu Wort und vieles mehr. Ein extra eingerichtetes Informationsbüro Sozialwahl hilft bei Fragen rund um die Sozialwahl.

**Alle diese Menschen, die der Kampagne ein Gesicht geben, eint das Bekenntnis zu dem demokratisch legitimierten Sozialsystem Deutschlands, zum gesellschaftlichen Miteinander und zum Ehrenamt sowie ihre Unterstützung des Appells, sich an der Sozialwahl 2023 zu beteiligen.**



Die Werbung für die Sozialwahl startet, wenn die Wahlunterlagen an die Versicherten Mitte April verschickt werden. TV- und Radiospots, Anzeigen im Internet oder klassisch in Printmedien, Advertorials oder Außenwerbung wie „Wesselmänner“ und Großplakate kommen deshalb genau dann zum Einsatz. Während PR und Medienarbeit vor allem informieren, soll Werbung die Wahlberechtigten unmittelbar zur Stimmabgabe aktivieren. Wählen können sie bis zum 31. Mai.

### **Ersatzkassen informieren auf ihren Homepages über die Listen und Kandidat:innen**

Informationen zur Kampagne und den zu wählenden Listen stellen natürlich auch die Ersatzkassen zur Verfügung. Auf ihren Homepages und in den Mitgliederzeitschriften stellen sich die Listen mit ihren Kandidatinnen und Kandidaten vor, was sie in der laufenden Amtsperiode geleistet haben und wofür sie sich in den nächsten sechs Jahren einsetzen wollen. Interessierte finden diese Informationen direkt auf den Homepages der Ersatzkassen unter dem Stichwort „Sozialwahl“ oder gelangen über einen Link auf der Kampagnen-Website [www.sozialwahl.de](http://www.sozialwahl.de) dorthin. Und jetzt heißt es nur noch wählen, mitbestimmen und die Demokratie stärken. ■

# Ersatzkassen ermöglichen digitale Abstimmung

Die Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse und hkk – Handelskrankenkasse werden ihren Mitgliedern bei der Sozialwahl 2023 erstmals auch **Online-Wahlen** anbieten. Die Wahlausschüsse der Kassen haben dafür den Startschuss gegeben.

**D**amit setzen die urwählenden Krankenkassen (Krankenkassen mit Wahlhandlung) erstmalig ein Modellprojekt zur digitalen Sozialwahl um, wofür der Gesetzgeber im Mai 2020 die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen hatte. Alternativ zur traditionellen Briefwahl können die rund 22 Millionen Wahlberechtigten der fünf Ersatzkassen nun also auch bequem am PC oder vom mobilen Endgerät ihre ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter für die nächsten sechs Jahre in den Verwaltungsrat ihrer Krankenkasse wählen.

## Kassenübergreifende Zusammenarbeit

Vorbereitet wurde die digitale Stimmabgabe durch die Arbeitsgemeinschaft ARGE – Modellprojekt Online-Wahlen 2023, welche im Oktober 2020 kassenartenübergreifend durch 15 Krankenkassen gegründet wurde. Ihre Aufgabe ist es, eine

gemeinsame und einheitliche Durchführung der Wahl vorzubereiten. Jörg Ide und Holger Schlicht, Sprecher der ARGE – Modellprojekt Online-Wahlen 2023, loben die kassenübergreifende Zusammenarbeit. „Wir haben als Krankenkassen echte Pionierarbeit geleistet“, betont Ide. Schlicht ergänzt: „Eine Online-Wahl in der Größenordnung hat es in Deutschland noch nicht gegeben. Die zusätzliche Online-Option ist ein großer Schritt, die Sozialversicherungswahlen in Deutschland zu modernisieren.“ Das Online-Wahlssystem erfüllt hohe technische und organisatorische Anforderungen, die das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgelegt haben. Dazu zählt unter anderem, dass die Wahlhandlung besonders geschützt sein muss – gemäß der Technischen Richtlinie zur Informationssicherheit sowie der Online-Wahl-Verordnung. ■ pm



**»Der Sozialstaat, er gehört uns allen.«**

Statement von **Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier** in einer Rede zur Eröffnung des Kongresses Armut und Gesundheit am 21. März 2023 in Berlin  
→ [bundespraesident.de](https://www.bundespraesident.de)

„Der Sozialstaat, er gehört uns allen. Und er wird von uns allen gestaltet. Übrigens: Deshalb haben auch unsere Sozialversicherungen ein demokratisches Element. An den Sozialwahlen, die in diesem Jahr wieder stattfinden in der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, nehmen hoffentlich viele teil und nehmen ihren Anspruch auf Mitgestaltung wahr. Mein Dank gilt allen Ehrenamtlichen, die diese Wahlen möglich machen!“

# Stimmen zur Sozialwahl 2023

Welche Bedeutung und welchen Nutzen die Sozialwahlen für die Versicherten haben, erklären Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier, der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, Peter Weiß, sowie seine Stellvertreterin Doris Barnett.



## »Online-Wahlen sind ein mutiges Pionier-Projekt unter der Führung der Ersatzkassen!«

Statement von **Peter Weiß, Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen**

„Ich freue mich sehr, dass sich fünf Ersatzkassen dafür entschieden haben, bei den Sozialwahlen in diesem Jahr die Möglichkeit von Online-Abstimmungen anzubieten! Damit können 22 Millionen Wählerinnen und Wähler entscheiden, ob sie ihre Stimme wie bislang per Brief oder erstmals online abgeben wollen. Damit sind die Sozialwahlen 2023 Modernisierungstreiber in Sachen Wählen in Deutschland.

Ich bin den Ersatzkassen sehr dankbar, dass sie etwa 20 Jahre lang dafür gekämpft haben, die Sozialwahlen auch als Online-Wahlen anbieten zu dürfen. Die Große Koalition hat dieses Modell-Projekt in der vergangenen Wahlperiode des Deutschen Bundestages beschlossen. Meine Stellvertreterin Doris Barnett und ich haben damals im Bundestag dafür gestimmt. Unter der Führung der Ersatzkassen wurde daraufhin die Durchführung einer Online-Wahl vorbereitet. Dies ist ein enorm mutiges Pionier-Projekt. Gleichzeitig ist dies eine große Chance für die Sozialwahlen und die Beteiligung der Versicherten.“



## »Der erfolgreiche Kampf um einen gerechten Frauenanteil in der Selbstverwaltung.«

Statement von **Doris Barnett, stellvertretende Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen**

„Erstmals gilt für die Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Krankenkassen eine verpflichtende Geschlechterquote von 40 Prozent. Das bedeutet, dass Vorschlagslisten auf der Arbeitgeberseite wie auf der Versichertenseite jeweils mindestens 40 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer beinhalten müssen. Hätten Vorschlagslisten diese Bedingung nicht eingehalten, wären sie nicht zu den Sozialwahlen in diesem Jahr zugelassen worden. Ich freue mich sehr, dass die Ersatzkassen diese Hürde doch scheinbar mit Leichtigkeit übersprungen haben. Das hängt sicher damit zusammen, dass der durchschnittliche Frauenanteil in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen bei den letzten Sozialwahlen bereits bei fast 38 Prozent lag.

Ein gerechter Frauenanteil ist sehr wichtig, weil die Verwaltungsräte auch über eine verbesserte Schwangerenbetreuung, Zuschüsse für Osteopathie-Behandlungen und die anderen Reha-Bedürfnisse von Frauen entscheiden, die über den vorgeschriebenen Kanon hinausgehen. Deshalb ist es so wichtig, dass wir einen gerechten Anteil an Frauen in den Verwaltungsräten haben.“

# »Die Sozialwahl ist eine Erfolgsgeschichte mit Zukunft«

Interview mit **Uwe Klemens**, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek

Die Mitglieder der Ersatzkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk erhalten im April mit dem roten Briefumschlag die Unterlagen zur Sozialwahl. Bis zum 31. Mai 2023 können sie ihre Stimme per Brief oder **erstmalig bei einer großen Wahl sogar online** abgeben. Im Interview erklärt der ehrenamtliche vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens die Sozialwahl und spricht über ihre Bedeutung.

## **2023 ist Sozialwahljahr. Worum geht es bei der Sozialwahl und warum ist es wichtig, daran teilzunehmen?**

**UWE KLEMENS** Bei der Sozialwahl werden die Sozialparlamente gewählt. Das Sozialparlament der Krankenkassen heißt Verwaltungsrat. In diesen Verwaltungsrat wählen die Mitglieder der Krankenkassen ihre ehrenamtlichen Vertreter:innen. Sie sorgen dafür, dass die Gesundheitsversorgung im Sinne der Versicherten ausgestaltet wird. Hintergrund der Sozialwahl ist das Prinzip, dass diejenigen, die Beiträge zahlen, darüber bestimmen sollen, was mit ihren Beiträgen geschieht. Damit ist die Sozialwahl ein wichtiger demokratischer Grundpfeiler unserer sozialen Sicherungssysteme. Mit der Beteiligung an der Sozialwahl wird das Prinzip der Selbstverwaltung gestärkt und legitimiert. Selbstverwaltung bedeutet, dass die Versicherten und ihre Arbeitgeber ihre Versicherungen selbst gestalten und nicht allein der Staat. Das Prinzip der Selbstverwaltung ist erfolgreich. Es hat sich in Wirtschaftskrisen, bei der Wiedervereinigung und zuletzt in der Corona-Pandemie bewährt. Die gesundheitliche Versorgung hat stets gut funktioniert. Und wir sorgen dafür, dass der medizinische Fortschritt schnell in die Versorgung

kommt. Mein eindringlicher Appell ist deshalb: Wählen Sie und drücken Sie damit Ihre Zustimmung zu diesem erfolgreichen System aus. Geben Sie Ihre Stimme ab und nutzen Sie Ihre Möglichkeiten zur Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung.

## **Wie kann ich mich über die Kandidat:innen bei der Sozialwahl informieren und für welche Ziele sie sich einsetzen?**

Zunächst besteht Konsens zwischen allen Kandidat:innen, dass der Handlungsspielraum der gewählten Vertreter:innen nicht weiter vom Staat eingeschränkt werden darf. Der Staat ist schnell dabei, das ihm anvertraute Geld auszugeben. Daher ist es wichtig, dass die Versicherten und die Beitragszahler:innen in einer Krankenkasse mitentscheiden, denn die Krankenkasse gehört ihnen und nicht dem Staat. Die Kandidat:innen treten auf unterschiedlichen Listen an. Diese Listen können als unabhängige Liste institutionell neutral sein oder einen gewerkschaftlichen oder kirchlichen Hintergrund haben. Auf → [sozialwahl.de](https://sozialwahl.de) und der Seite Ihrer Krankenkasse können Sie sich über die Listen und ihre Ziele bei der Sozialwahl informieren. Auf → [soziale-selbstverwaltung.de](https://soziale-selbstverwaltung.de) finden Sie auch Portraits der ehrenamtlichen

Selbstverwalter:innen. Sie können dort anhand einer Deutschlandkarte zudem entnehmen, welche Selbstverwalter:innen in Ihrer Region wohnen, und haben die Möglichkeit, mit ihnen Kontakt aufzunehmen. In den nächsten Wochen wird die Sozialwahl darüber hinaus im Stadtbild, in Radiospots und den sozialen Medien sichtbar sein.

### **Was können die gewählten Vertreter:innen beziehungsweise die Verwaltungsräte als Sozialparlamente konkret bewirken?**

Die Selbstverwalter:innen schenken ihren Mitgliedern Gehör und sind in den Gremien der Krankenkassen das Sprachrohr der Versicherten. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung, wählt und kontrolliert den Vorstand und verabschiedet den jährlichen Haushalt. Mit Bonusprogrammen und Satzungsleistungen kann er konkret an der Ausgestaltung von Leistungen mitwirken. Außerdem wählt ein Verwaltungsrat die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse. In den Widerspruchsausschüssen werden Entscheidungen der Krankenkasse nochmals von den gewählten ehrenamtlichen Versichertenvertreter:innen geprüft und in vielen Fällen Verbesserungen für Versicherte erreicht. Über den Verwaltungsrat wirken die Selbstverwalter:innen zudem an der Gestaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mit.

### **Gibt es weitere Bereiche, in denen die Sozialwahl stattfindet?**

Die Sozialwahl als Urwahl (Wahl mit Wahlhandlung) findet bei den Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund statt. Wer Mitglied einer Ersatzkasse und bei der Deutschen Rentenversicherung Bund versichert oder Rentner beziehungsweise Rentnerin ist, kann an zwei Sozialwahlen teilnehmen. Aus meiner Sicht ist die Urwahl, wie wir sie bei den Ersatzkassen haben, ein überaus demokratisches und partizipatives Recht. Aus der aktiven Wahlhandlung ergibt sich eine wichtige Legitimation für unsere selbstverwaltete Gesundheitsversorgung.

### **Ein Blick zurück: Woher kommt das Prinzip der Selbstverwaltung und die Idee zu einer Sozialwahl überhaupt?**

Die Idee der Selbstverwaltung und dass Arbeiter oder Handwerker füreinander einstehen und sich im Bedarfsfall versorgen, gab es bereits im Mittelalter.

Zu Beginn ging es vor allem um Krankengeld und um die Absicherung von Hinterbliebenen. Die Ersatzkassen haben sich als Selbsthilfvereine ab dem 18. Jahrhundert organisiert. Die Versicherten haben sich gegenseitig sozial abgesichert und das auch selbst organisiert. Institutionalisiert wurde das Prinzip der Selbstverwaltung mit der Einführung der Sozialversicherung unter dem damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck im ausgehenden 19.

Jahrhundert. Die Arbeitsverhältnisse zu der Zeit waren für die Arbeiter vielfach prekär bis menschenfeindlich. Um soziale Unruhen und Arbeiteraufstände zu vermeiden, war es notwendig, den Arbeitern Mitbestimmung in Form von Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten und zumindest eine grundlegende Absicherung gegen die Risiken von Unfall und Krankheit zu geben. Wie die Erfahrung lehrt, muss Mitbestimmung stets errungen und verteidigt werden. Die Geschichte der selbstverwalteten sozialen Sicherung ist eine offenkundige Erfolgsgeschichte, wenn man die damaligen und heutigen Arbeitsbedingungen und Absicherungen miteinander vergleicht. Diese Erfolgsgeschichte geht weiter. Auch dafür gebe ich in diesem Jahr meine Stimme bei der Sozialwahl 2023 ab.

### **Wird angesichts dieser langen Tradition von Selbstverwaltung und Sozialwahl auch eine Brücke in die Zukunft geschlagen?**

Bei der Sozialwahl 2023 gibt es zwei spannende neue Entwicklungen, die die Partizipation erhöhen. Zum einen gibt es erstmals bei einer Wahl eine verbindliche Geschlechterquote von 40 Prozent. Dadurch werden der Anteil von Frauen in den Gremien der Krankenkassen erhöht und die Belange von Frauen besser vertreten. Zum anderen haben die 22 Millionen Mitglieder der Ersatzkassen erstmals die Möglichkeit, ihre Stimme online abzugeben. Eine Onlinewahl dieses Ausmaßes hat es bisher in Deutschland nicht gegeben. Die Sozialwahl verbindet also eine lange Tradition der Mitbestimmung mit moderner digitaler Technik. ■



**»Eine Onlinewahl dieses Ausmaßes hat es bisher in Deutschland nicht gegeben.«**

Uwe Klemens,  
ehrenamtlicher  
Verbands-  
vorsitzender  
des vdek

# Sozialwahl 2023: Fragen und Antworten

## Was ist die Sozialwahl?

Nach der Bundestagswahl und der Europawahl ist die Sozialwahl die drittgrößte Wahl in Deutschland. Sie gehört seit 70 Jahren zu unserer Demokratie. Rund 52 Millionen Menschen sind 2023 wahlberechtigt. Gemeinsam wählen sie die Sozialparlamente der fünf Krankenkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Das Prinzip: Wer Beiträge einzahlt oder eingezahlt hat, soll auch über die Zukunft von Gesundheit und Rente mitbestimmen können.

## Warum ist die Sozialwahl wichtig?

Wer wählt, entscheidet mit, wer die Interessen der Versicherten, Rentnerinnen und Rentner vertritt. So wird die Arbeit der Sozialen Selbstverwaltung, die ein wichtiger Teil unserer Demokratie ist, gestärkt. Selbstverwaltung heißt: Die Politik gibt den Rahmen vor und die Soziale Selbstverwaltung füllt sie mit Leben.

## Wer wird gewählt?

Bei der Sozialwahl werden die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung gewählt. Dabei stehen keine politischen Parteien zur Wahl, sondern Listen mit Kandidierenden. Diese sind selbst Versicherte bei der Deutschen Rentenversicherung Bund oder einer der fünf Krankenkassen TK, Barmer, DAK-Gesundheit, KKH und hkk. Die Kandidierenden kennen daher die Bedürfnisse der Wählerinnen und Wähler ganz genau. Je mehr Stimmen eine Liste erhält, desto mehr Sitze sichert sie sich im jeweiligen Sozialparlament.

## Was ist die Soziale Selbstverwaltung?

Selbstverwaltung heißt, dass die Versicherten und Rentnerinnen und Rentner selbst Einfluss auf ihre Angelegenheiten nehmen: Sie finanzieren die Versicherungen aus ihren Beiträgen, und die von ihnen gewählten Vertreterinnen und Vertreter treffen wichtige Entscheidungen selbst – nicht der Staat. Die Vertreterinnen und Vertreter arbeiten ehrenamtlich und sind allein den Beitragszahler:innen sowie den Rentnerinnen und Rentnern verpflichtet. Dadurch sind die Sozialversicherungsträger sehr nah an den Menschen, für die sie Leistungen erbringen.

## Welche Aufgaben hat die Soziale Selbstverwaltung?

Die Soziale Selbstverwaltung setzt sich aus den Sozialparlamenten der Deutschen Rentenversicherung Bund und denen der Ersatzkassen zusammen. Bei der DRV Bund ist das die Vertreterversammlung und bei den Ersatzkassen der Verwaltungsrat. Die Verwaltungsräte der Ersatzkassen haben dabei folgende Aufgaben: Sie wählen die Vorstände und entscheiden mit, wie die Beiträge der Versicherten verwendet werden. So haben sie beispielsweise Einfluss darauf, welche Maßnahmen von den Krankenkassen zur Vorsorge angeboten werden und legen neue Services für Versicherte fest. Sie sind außerdem an allen Entscheidungen beteiligt, die Versicherte direkt betreffen: So sind sie zum Teil Mitglieder der Widerspruchsausschüsse oder wählen diese, beschließen Satzungsleistungen wie zum Beispiel Bonusprogramme und verantworten wichtige Finanzentscheidungen.



### Wer darf wählen?

Wählen dürfen alle, die mindestens 16 Jahre alt sind und Beiträge bei der Deutschen Rentenversicherung Bund oder einer dieser fünf Krankenkassen einzahlen oder in der Vergangenheit eingezahlt haben:

- TK
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- KKH
- hkk

Die Staatsangehörigkeit spielt dabei keine Rolle. Auch Versicherte, Rentnerinnen und Rentner sowie Mitglieder der Ersatzkassen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Europäischen Union/im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz dürfen wählen. Wer sowohl bei der Rentenversicherung als auch bei einer der Krankenkassen Beiträge einzahlt, darf sogar zweimal abstimmen.

### Wie funktioniert die Online-Abstimmung bei der Sozialwahl?

2023 gibt es bei den Ersatzkassen erstmals auch die Möglichkeit, online abzustimmen. Dabei können alle Wahlberechtigten einmal abstimmen. Die Stimmabgabe kann bei den Krankenkassen entweder per Brief oder online erfolgen. Geben Wahlberechtigte ihre Stimme online und zusätzlich per Brief ab, zählt die online abgegebene Stimme und die per Briefwahl abgegebene Stimme ist ungültig.

### Was wird zur Online-Stimmabgabe benötigt?

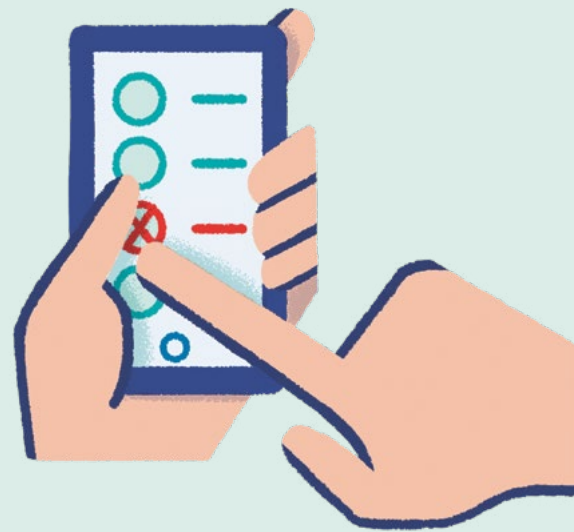
Als technische Voraussetzung reicht ein PC, Notebook, Smartphone oder Tablet. Der Zugang zur Online-Wahlplattform erfolgt über die Internetseiten der an der Online-Wahl teilnehmenden Krankenkassen. Hier muss über ein Authentifizierungsverfahren die Identität nachgewiesen werden. Dies erfolgt über ein Dreinummernverfahren, das sich aus der Versichertennummer (steht auf der Versichertenkarte/eGK), der individuellen Kennnummer (befindet sich auf der Rückseite der Versichertenkarte/eGK) und dem Wählerkennzeichen (steht auf dem Wahlbriefumschlag) zusammensetzt. Alternativ können Wählende sich auch mit der Ausweis-App2 und einem elektronischen Personalausweis (Kartenlesegerät erforderlich) und dem Wählerkennzeichen authentifizieren.

### Welche Vorteile bietet eine Online-Wahl?

Die Online-Wahl könnte zu einer Steigerung der Wahlteilnahme führen. Vor allem Menschen, in deren Alltag es Standard ist, Dinge digital zu erledigen (digital natives), bekommen einen attraktiveren und alltagsnäheren Zugang zur Wahlhandlung. Eine Online-Stimmabgabe geht schneller. Die Wählenden sparen sich den Gang zum Briefkasten. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Wahlberechtigten es bevorzugt, wie gewohnt per Brief zu wählen. Das ist natürlich weiterhin möglich.

### Warum gibt es die Online-Wahl nicht bei allen Kassen?

Grundsätzlich muss es bei den Kassen, die an der Online-Sozialwahl teilnehmen, zu einer Urwahl aufseiten der Versichertenvertreter kommen. Eine weitere formale Voraussetzung ist eine Satzungsregelung der Krankenkasse zur Stimmabgabe per Online-Wahl, die bereits bis zum 30. September 2020 in Kraft getreten sein musste. Die Entscheidung, die entsprechende Regelung in die Satzung aufzunehmen, war für die Krankenkassen im Rahmen des Modellprojekts für die Sozialwahl 2023 freiwillig.



### Welche Fristen gibt es?

Spätestens bis Mitte Mai 2023 sollen die Unterlagen bei allen Wahlberechtigten eintreffen. Alle Wahlberechtigten, die ihre Wahlunterlagen nicht bis zum 11. Mai erhalten haben, sollten diese bis spätestens am 19. Mai 2023 über die folgenden E-Mail-Adressen anfordern:

- DRV Bund: sozialwahl@drv-bund.de
- TK: service@tk.de
- BARMER: wahlausschuss@barmer.de
- DAK: sozialwahl@dak.de
- KKH: sozialwahl@kkh.de
- hkk: sozialwahl@hkk.de

Stichtag für die Wahl ist der 31. Mai 2023. Bis zu diesem Tag müssen die ausgefüllten Wahlunterlagen bei der Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung Bund eingegangen sein. Wer bei einer der Ersatzkassen online abstimmen möchte, hat am 31. Mai ebenfalls die letzte Gelegenheit dazu.

→ [sozialwahl.de/haeufige-fragen](https://sozialwahl.de/haeufige-fragen)





## Homeoffice-Trend schwächt sich ab

**BARMER** Mit dem Ende der Corona-Pandemie arbeiten die Menschen seltener im Homeoffice. Das geht aus der aktuellen Studie „social health@work“ der BARMER und der Universität St.Gallen hervor. Demnach haben Beschäftigte in Deutschland während der Corona-Pandemie bis zu 35 Prozent ihrer Arbeitszeit im Homeoffice gearbeitet, im Herbst 2022 ging dieser Anteil auf etwa 28 Prozent zurück. Zugleich gewinnen hybride Arbeitsmeetings an Bedeutung, bei denen einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Büro sind und andere per Videokonferenz zugeschaltet werden. Diese Praxis trifft aktuell auf knapp 40 Prozent der Beschäftigten zu. „Mit dem Ende der Pandemie wird die Arbeit hybrider. Es wird weiter im Homeoffice, aber auch wieder mehr im Büro gearbeitet. Für Unternehmen bringt die aktuelle Arbeitssituation neue Herausforderungen mit sich. Sie sind aufgefordert, mobiles Arbeiten nach der Pandemie gesund, erfolgreich und nachhaltig zu gestalten“, sagt Prof.Dr.med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Aus der Studie geht des Weiteren hervor, dass gesunde mobile Arbeit neben anderen Faktoren wesentlich davon abhängt, wie gut sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter inkludiert fühlen. Ein inklusives Teamklima wirkt sich dabei positiv auf die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus. *pm*

→ [barmer.de](https://www.barmer.de)



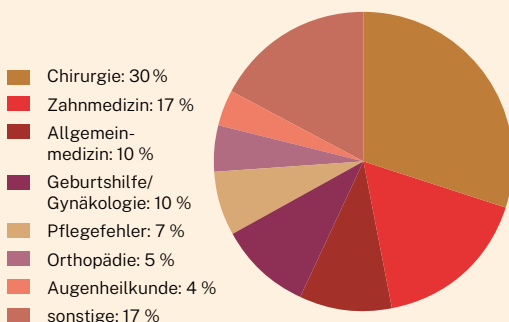
## Zahl der Behandlungsfehler bleibt auf hohem Niveau

**TK** Knapp 6.000 Versicherte haben sich im vergangenen Jahr wegen des Verdachts auf einen Behandlungsfehler an die Techniker Krankenkasse (TK) gewandt. Nach einem starken Anstieg der Behandlungsfehler in den Jahren 2015 bis 2019 um 76 Prozent verharrten die Fallzahlen seit der Corona-Pandemie mit etwa 6.000 Fällen auf hohem Niveau. TK-Medizinrechtsexperte Christian Soltau bezeichnete es als erfreulich, dass die Fallzahlen nach den hohen Zuwachsraten bis 2019 nicht weiter gestiegen sind. Soltau: „Dabei ist uns klar, dass diese Zahlen nur ein Indikator für die Versorgungslage sein können, denn die Dunkelziffer ist Studien zufolge erheblich. Gleichzeitig können wir nur jeden dritten uns gemeldeten Behandlungsfehler im Verlauf der Überprüfung auch erhärten.“ Aufgeteilt nach Facharztgruppen beziehen sich die meisten Behandlungsfehler auf eine chirurgische Behandlung. *pm*

→ [tk.de](https://tk.de) → [bit.ly/3FB5Rqk](https://bit.ly/3FB5Rqk)

## 67 Prozent der Behandlungsfehler entfallen auf vier Facharztgruppen

von TK-Versicherten gemeldete Verdachtsfälle nach medizinischer Fachrichtung im Jahr 2022



Quelle: Techniker Krankenkasse



**KKH** Übermäßige Smartphone-Nutzung, häufige Bildschirm-Arbeit, erhöhte UV-Strahlung – dies sind Faktoren, die unsere Augen immer stärker belasten. Das macht sich vor allem im Alter bemerkbar. Aufgrund der demografischen Entwicklung verzeichnet die KKH Kaufmännische Krankenkasse einen hohen Anstieg bei der altersbedingten Augenerkrankung Makuladegeneration, kurz AMD genannt. Der Anteil der Betroffenen ist zwischen 2011 und 2021 um mehr als ein Drittel (36 Prozent) gestiegen. Die Erkrankung gilt als häufigste Ursache für eine erhebliche Sehbehinderung im Erwachsenenalter. Insgesamt erhielten im Jahr 2021 fast 47.000 KKH-Versicherte diese Diagnose. Frauen waren häufiger betroffen als Männer. Die Gefahr, an einer AMD zu erkranken, nimmt im Alter zu“, erklärt Dr. Tarek Shamia, Augenarzt bei der KKH. In der Augenheilkunde wird zwischen trockener und feuchter Makuladegeneration unterschieden. Da die trockene AMD vielfach unbemerkt bleibt und es derzeit keine Heilung für die AMD gibt, kommt der Vorsorge und Früherkennung eine besondere Bedeutung zu. Die KKH hat deshalb den ersten bundesweiten Vertrag mit Fachärzt:innen für Augenheilkunde geschlossen, um die Versorgung bei trockener AMD zu optimieren. *pm*

→ [kkh.de](https://kkh.de)

→ [bit.ly/3JzUDmS](https://bit.ly/3JzUDmS)

## Rund jeder Dritte von Rückenbeschwerden betroffen



**HKK** 30 Prozent aller hkk-Versicherten waren im letzten Jahr wegen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens beim Arzt. Das ist das Ergebnis einer Datenanalyse von rund 876.000 hkk-Versicherten. Am häufigsten diagnostiziert wurden dabei Rückenschmerzen (21,4 Prozent aller Versicherten), gefolgt von Wirbelgelenksarthrosen (6,8 Prozent) und Bandscheibenschäden (6,5 Prozent). Auch wenn Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens in jedem Alter auftreten können, ist der Anstieg im Alter dramatisch: Während bei den unter 24-Jährigen nur 9 Prozent betroffen sind, sind es bei den über 75-Jährigen 58 Prozent. Allein von der Diagnose Rückenschmerzen waren bei den 0-bis 24-Jährigen 6 Prozent betroffen, bei den 45-bis 54-Jährigen 30 Prozent. Die Hauptrisikofaktoren für die Rückengesundheit sind Bewegungsmangel, Stress, einseitige Belastungen am Arbeitsplatz und Übergewicht. *pm*

→ [hkk.de](https://hkk.de)

→ [bit.ly/3n5yLC2](https://bit.ly/3n5yLC2)

# Kindern droht heftige Infektionswelle nach Corona-Pandemie

Text von **Daniel Freudenreich**

Die Corona-Jahre haben den Kindern nicht nur eine Menge abverlangt. Diese spüren bis heute die Konsequenzen – insbesondere für ihre Gesundheit. Ausgebliebene Erkrankungen in Kitas drohen nun zu Infektionswellen zu werden. Das geht aus dem **neuen Arztreport der BARMER** hervor. Um solche negativen Effekte künftig zu vermeiden, braucht es im Falle neuer Pandemien evidenzbasierte Konzepte mit Augenmaß als eine Art Blaupause.



**N**ach drei Jahren Corona-Pandemie ist in Deutschland der Alltag im Großen und Ganzen wieder eingeleert. Die Maßnahmen zum Schutz vor einer Infektion wurden beendet und die Erkrankung hat ihren Schrecken weitgehend verloren. Allerdings sind die Folgen der Pandemie bis heute deutlich spürbar. Vor allem Kinder kämpfen immer noch mit den Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Dies gilt insbesondere bei den klassischen Infektionskrankheiten wie Scharlach, wie aus dem aktuellen Arztreport der BARMER hervorgeht. Demnach ist während der Pandemie die übliche Scharlach-Welle bei Kita-Kindern nahezu ausgeblieben. Während sich im Jahr 2019 noch rund 235.000 Kinder mit Scharlach infizierten, waren es in 2021 nur noch knapp 25.200. Das entspricht einem Rückgang von gut 90 Prozent. Was zunächst positiv klingt, hat eine Kehrseite. Denn jetzt kommt es bei Scharlach zu einem intensiven Nachholeffekt auf die nun älteren Kinder, bei denen schwere Verläufe drohen. Unter dem Strich sind Kinder also die großen Verlierer der Pandemie. Erst litten sie unter vielen Entbehrungen, jetzt tragen sie die gesundheitlichen Konsequenzen wie im Falle von Scharlach. Um solche negativen Effekte für die Zukunft zu vermeiden, müssen wir die richtigen Lehren aus der Pandemie ziehen.

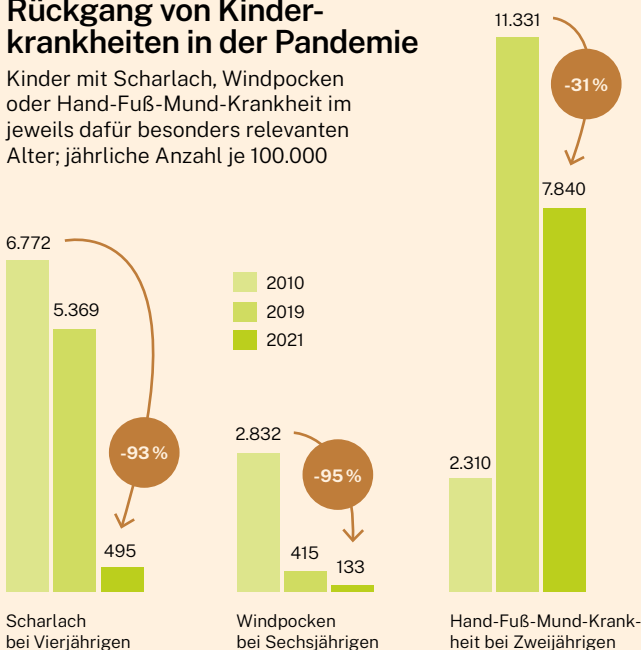


**Daniel Freudenreich**  
ist Pressesprecher  
bei der BARMER



## Rückgang von Kinderkrankheiten in der Pandemie

Kinder mit Scharlach, Windpocken oder Hand-Fuß-Mund-Krankheit im jeweils dafür besonders relevanten Alter; jährliche Anzahl je 100.000



Quelle: BARMER-Arztreport 2023

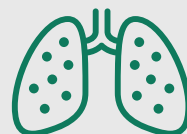
**D**och nicht nur Scharlach hat bei Kindern im Zuge der Pandemie eine untergeordnete Rolle gespielt. Laut Arztreport, der verschiedene Erkrankungen zwischen den Jahren 2005 und 2021 nach alters- und geschlechtsspezifischen Diagnoseraten analysiert hat, sind weitere klassische Kinderkrankheiten seltener aufgetreten als in den Jahren zuvor. Ringleb-Infektionen etwa sind um 81 Prozent zurückgegangen. Einzig bei der Hand-Fuß-Mund-Krankheit gibt es einen gegenteiligen Effekt. So waren im vierten Quartal 2021 mit 141.800 Erkrankten so viele Kinder von dieser Krankheit betroffen wie in keinem anderen Quartal seit dem Jahr 2005. Deswegen ist eine weitere Beobachtung der Hand-Fuß-Mund-Krankheit sinnvoll. Das gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass sich ein Kind mehrfach anstecken und die Erkrankung auch an Erwachsene übertragen kann. Es ist aber nicht auszuschließen, dass es trotz hoher Fallzahlen einen Nachholeffekt ähnlich wie bei Scharlach geben wird.

### Windpocken viel seltener aufgetreten

Bereits vor der Pandemie hatten vor allem Schutzimpfungen dazu geführt, dass Kinderkrankheiten eine rückläufige Tendenz zeigen. Das belegt exemplarisch die Diagnoserate für Windpocken. Sie ist in den Jahren von 2005 bis 2019 bei Kindern bis 14 Jahren um 92 Prozent gesunken. Eine Empfehlung für die Schutzimpfung gegen Windpocken gibt es in Deutschland seit dem Jahr 2004. Während der Pandemie hat es allein 64 Prozent weniger Windpocken-Erkrankungen gegeben. In der Gruppe der Sechsjährigen hat es zwischen den Jahren 2010 und 2021 sogar einen Rückgang um 95 Prozent gegeben.

### Scharlach vor allem in Schleswig-Holstein

Dem Report zufolge weisen die einzelnen Kinderkrankheiten zum Teil enorme Unterschiede bei den regionalen Diagnoseraten auf. Im Jahr 2021 finden sich bei Kindern bis 14 Jahren beispielsweise die niedrigsten Scharlach-Raten in Bremen, Baden-Württemberg und Berlin. Hier schwanken die Raten zwischen 7 und 16 Erkrankten je 10.000 Kinder in dieser Altersgruppe. Die höchste Betroffenheit bei Scharlach zeigen ihre Altersgefährten in Schleswig-Holstein mit 39 Erkrankten je 10.000 Personen. Wie sich diese Fallzahlen weiterentwickeln, gilt es nun genau zu beobachten. ■




Deutschland gehört bei der Tuberkulose zu den sogenannten Niedriginzidenzländern, für die das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gilt, die Zahl der Neuerkrankungen bis zum Jahr 2035 auf weniger als 1 pro 100.000 Einwohner:innen zu senken. **In den vergangenen Jahren hat das Robert Koch-Institut (RKI) für Deutschland einen kontinuierlichen Rückgang der Tuberkulose-Fallzahlen registriert, besonders ausgeprägt in den Jahren 2019 (4.815 Fälle) und 2020 (4.185 Fälle).** Im Jahr 2021 (3.938 Fälle) fiel der Rückgang geringer aus. Für das Jahr 2022 zeigt sich nun ein leichter Anstieg der Fallzahlen auf 4.076 Fälle (Stand 1. März 2023), das entspricht einer Inzidenz von 4,9 pro 100.000 Einwohner:innen. Bei klassischen Symptomen wie länger bestehendem Husten, Nachtschweiß, Fieber und Gewichtsverlust sollte immer auch an Tuberkulose gedacht werden. Die Verbreitung einer Tuberkulose-Infektion wird begünstigt durch beengte Wohnverhältnisse, unzureichende Ernährung, schlechte hygienische Bedingungen und eine mangelhafte Gesundheitsversorgung. *pm*


## vdek-Basisdaten 2023 erschienen

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat seine „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2023“ veröffentlicht. Daraus geht unter anderem hervor, dass im Jahr 2021 trägerübergreifend nahezu 465,7 Milliarden Euro in die Gesundheitsversorgung geflossen sind, also fast 5,7 Prozent mehr als im Vorjahr.

Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist mit 254,8 Milliarden Euro am höchsten – mit steigender Tendenz. Was die Versichertenzahlen anbelangt, waren im Juli 2022 von den mehr als 83 Millionen Menschen in Deutschland rund 74 Millionen in der GKV versichert. Das sind rund 90 Prozent der deutschen Bevölkerung. Die Ersatzkassen sind mit mehr als 28 Millionen Versicherten weiterhin die größte Kassenart. Diese und weitere Zahlen, Daten und Grafiken illustriert die Broschüre auf 68 Seiten, die Inhalte werden kontinuierlich aktualisiert. Abgedeckt werden die Bereiche Bevölkerung, Versicherte und Krankenkassen, Finanzierung, Versorgung und Soziale Pflegeversicherung. Die Basisdaten stehen auf der Website des vdek zum kostenlosen Download bereit. *pm*

→ [vdek.com/basisdaten](https://vdek.com/basisdaten)

 **@vdek\_Presse** Bundesgesundheitsminister **@Karl\_Lauterbach** will Digitalisierung durch Gesetze mehr Power verleihen. Gut so! Elektronische Patientenakte **#ePA** muss flächendeckend in der Versorgung ankommen. Opt-out-Lösung richtig. Aber: keine Verstaatlichung der **@gematik!**

 Ersatzkassen engagieren sich für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: „Gesund Altern und Pflegen im Quartier“ ist 1 von 3 vdek-geförderten Projekten, die beim **#KongressAuG2023** vorgestellt wurden. **#Pflege**

## Jung und an Diabetes erkrankt – was nun?

**PODCAST** Die 29-jährige Caroline erhielt 2020 die Diagnose Typ-2-Diabetes. Als junge Betroffene fühlte sie sich sehr verunsichert, zumal Typ-2-Diabetes, eine Erkrankung des Zuckerstoffwechsels, häufig erst im höheren Lebensalter auftritt.

**Wie sie seit der Diagnose mit ihrer Krankheit lebt, schildert sie in der Folge „Caro“ des Diabetes-Podcast „We Are Family“ von Maren Sturny, die selbst Mutter einer an Diabetes (Typ 1) erkrankten Tochter ist.** Es sind gerade junge Diabetikerinnen und Diabetiker, denen Caro – auf Instagram als @sweet.caromell.type2 unterwegs – Mut zuspricht. Diabetes sei nicht „das Ende der Welt“. Mit gut eingestellten Blutzuckerwerten, mehr Bewegung und gesunder Ernährung sei ein schönes langes Leben möglich. Davon ist Caro fest überzeugt. *tag*

→ [bit.ly/3Ucv2FM](https://bit.ly/3Ucv2FM)



**BÜCHER** und eine Auswahl an Loseblattsammlungen haben wir für Sie gelesen und präsentieren Ihnen hier unsere Favoriten.

### **Gesundheitsmarkt im Umbruch**

Medizin und Gesundheit verändern sich so schnell wie nie zuvor. Viele der gegenwärtigen Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen werden in zehn Jahren nicht mehr funktionieren. Dieses Buch beschreibt den Paradigmenwechsel im Gesundheitsmarkt und richtet sich vor allem an die in diesem Markt tätigen Akteure. Eine zentrale Rolle spielen die Potenziale neuer Technologien in Diagnostik und Therapie sowie die Themen Digitalisierung, Künstliche Intelligenz und Big Data.

Dr. Thomas Biegert, Rainer Seiler | **Gesundheitsmarkt neu denken. Perspektiven, Potenziale, Prognosen** | 2022, IX, 221 S., € 59,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

### **Achtsamer Umgang mit sich selbst**

Aufmerksam für die eigenen Bedürfnisse zu bleiben, ist ein lebenslanger Prozess. Während Babys durch Schreien signalisieren, dass etwas nicht stimmt, verlernen Erwachsene häufig im Laufe des Lebens die Fähigkeit, Unwohlsein oder Bedürfnisse klar zu äußern. Stattdessen hetzen wir im Alltag von einem To-do zum nächsten, im Glauben, es allen recht machen zu müssen. Dieser Ratgeber ermutigt dazu, unerschrocken zu erkunden, was wir wirklich brauchen.

Vivian Mary Pudelko | **Darf ich das? Wie Selbstfürsorge im Alltag gelingt** | 2022, 192 S., € 22 | Kremayr & Scheriau, Wien



Weitere aktuelle Fachliteratur  
→ [vdek.com/buecher](https://vdek.com/buecher)



# PS: Kartoffelchips oder Rohkost

Ist es Ihnen jemals gelungen, nur ein einziges Mal in die Chipstüte zu greifen oder auch nur ein einziges Stückchen Schokolade zu essen? Meistens sind doch alle Chips und die ganze Tafel im Nu verputzt. Warum Menschen bei ungesunden Produkten regelmäßig die Beherrschung verlieren, wurde jetzt am Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung untersucht. Das Ergebnis: Lebensmittel mit hohem Fett- und Zuckergehalt verändern unser Gehirn. Wenn wir regelmäßig auch nur kleine Mengen davon essen, lernt das Gehirn, auch weiterhin genau diese Lebensmittel konsumieren zu wollen. Stimmt, plötzlich erinnert man sich wieder an das riesige, in einer Auflaufform gebackene Bananenbrot, das überwältigend schmeckt, aber leider noch mehr Hunger auf Süßes und Fettiges macht. Es folgt eine längere Phase mit Rohkost, trockenem Brot, eiweißhaltigen Lebensmitteln, bis übermäßiger Hunger und Fettpolster wieder verschwinden. Gesundes Mittelmaß wäre besser. Daher, eine gesunde und trotzdem genussvolle, wenn möglich auch aktive Frühlingszeit wünscht Ihnen

*Ihre Redaktion*

## IMPRESSUM

*ersatzkasse magazin.*

**Das Magazin des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek),** vormals „Die Ersatzkasse“, erstmals erschienen 1916.

**Herausgeber** Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende des vdek, V.i.S.d.P.)

**Gesamtverantwortung** Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

**Redaktionsleitung** Annette Kessen

**Redaktion** Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

**Kontakt**  
Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin  
Tel. 0 30/2 69 31-12 05  
Fax 0 30/2 69 31-29 00  
redaktion@vdek.com  
vdek.com/magazin  
@vdek\_Presse

**Layout** Festland Berlin GbR  
festland-berlin.de

**Illustrationen** Dani Maiz  
(Titelseite, S. 4/5, 19, 34/35, 46/47, 50/51); danimaiz.com

**Druck & Versand**  
DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

**Erscheinungsdatum**  
April 2023 | 103. Jahrgang  
*ersatzkasse magazin.* erscheint  
sechs Mal im Jahr.

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Redaktion. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Mailboxen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen der Herausgeber und die Redaktion keine Haftung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.

**Bildnachweise** (von links nach rechts und von oben nach unten)

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | S. 5: Sozialministerium Baden-Württemberg | S. 6: Milena Magazin/iStock/Getty Images Plus | S. 7: Alexander Demandt; KKH | S. 9: Festland/Yuky Ryang | S. 11: vdek/Georg J. Lopata; privat | S. 12 fedrelena/iStock/Getty Images Plus | S. 13: vdek/Georg J. Lopata; vdek/Manfred Schild | S. 15: privat | S. 16: metamorworks/iStock/Getty Images Plus | S. 17: metamorworks/iStock/Getty Images Plus; privat | S. 18: Simone Baar/ Charité; privat | S. 20: Universität Bielefeld, VANDAGE | S. 22: VectorUp/iStock/Getty Images Plus | S. 23: VectorUp/iStock/Getty Images Plus | S. 23: privat | S. 24: Sozialministerium Baden-Württemberg | S. 25: Sozialministerium Baden-Württemberg | S. 27: Sozialministerium Baden-Württemberg | S. 28: Sozialministerium Baden-Württemberg | S. 29: www.bestechend.de | S. 30: der.Schwede/Adobe Stock | S. 31: www.bestechend.de; Nastasic/iStock/Getty Images | S. 32: vdek-Landesvertretung Niedersachsen; vdek/Tobias Mayer | S. 33: vdek/Georg J. Lopata | S. 36: Serviceplan Berlin GmbH & Co. KG/Frauke Fischer | S. 37: Serviceplan Berlin GmbH & Co. KG/Frauke Fischer | S. 38: Serviceplan Berlin GmbH & Co. KG/Frauke Fischer | S. 39: Serviceplan Berlin GmbH & Co. KG/Frauke Fischer; vdek/Georg J. Lopata; privat | S. 40: Serviceplan Berlin GmbH & Co. KG/Frauke Fischer | S. 41: Serviceplan Berlin GmbH & Co. KG/Frauke Fischer | S. 42: Bundesregierung/Steffen Kugler | S. 43: Claudia Thoma; privat | S. 45: vdek/Georg J. Lopata | S. 48: mixetto/iStock/Getty Images | S. 49: supersizer/iStock/Getty Images | S. 50: BARMER | S. 52: vdek | S. 53: Kirchheim Verlag | S. 54: Amax Photo/iStock/Getty Images Plus; The Atlas/iStock/Getty Images Plus

## DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Der Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 280 Beschäftigten befindet sich in Berlin. In den Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit rund 380 Beschäftigten sowie mehr als 40 Beschäftigten in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

### vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 0 30/2 69 31-0  
Fax: 0 30/2 69 31-29 00  
info@vdek.com  
www.vdek.com  
@vdek\_Presse

Baden-Württemberg  
Christophstraße 7  
70178 Stuttgart  
Tel.: 07 11/2 39 54-0  
Fax: 07 11/2 39 54-16  
lv-baden-wuerttemberg@vdek.com  
@vdek\_BW

Bayern  
Arnulfstraße 201a  
80634 München  
Tel.: 0 89/55 25 51-0  
Fax: 0 89/55 25 51-14  
lv-bayern@vdek.com  
@vdek\_BY

Berlin/Brandenburg  
Friedrichstraße 50–55  
10117 Berlin  
Tel.: 0 30/25 37 74-0  
Fax: 0 30/25 37 74-26  
lv-berlin.brandenburg@vdek.com  
@vdek\_BER\_BRA

Bremen  
Martinistraße 34  
28195 Bremen  
Tel.: 04 21/1 65 65-6  
Fax: 04 21/1 65 65-99  
lv-bremen@vdek.com  
@vdek\_HB

Hamburg  
Sachsenstraße 6  
20097 Hamburg  
Tel.: 0 40/41 32 98-0  
Fax: 0 40/41 32 98-22  
lv-hamburg@vdek.com  
@vdek\_HH

Hessen  
Walter-Kolb-Straße 9–11  
60594 Frankfurt a. M.  
Tel.: 0 69/96 21 68-0  
Fax: 0 69/96 21 68-90  
lv-hessen@vdek.com  
@vdek\_HE

Mecklenburg-Vorpommern  
Werderstraße 74a  
19055 Schwerin  
Tel.: 03 85/52 16-0  
Fax: 03 85/52 16-1 11  
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com  
@vdek\_MV

Niedersachsen  
Schillerstraße 32  
30159 Hannover  
Tel.: 05 11/3 03 97-0  
Fax: 05 11/3 03 97-99  
lv-niedersachsen@vdek.com  
@vdek\_NDS

Nordrhein-Westfalen  
Ludwig-Erhard-Allee 9  
40227 Düsseldorf  
Tel.: 02 11/384 10-0  
Fax: 02 11/384 10-20  
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com  
@vdek\_NRW

Geschäftsstelle  
Westfalen-Lippe  
Königswall 44  
44137 Dortmund  
Tel.: 02 31/91 77 1-0  
Fax: 02 31/91 77 1-30  
gs-westfalen-lippe@vdek.com

Rheinland-Pfalz  
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22  
55130 Mainz  
Tel.: 0 61 31/9 82 55-0  
Fax: 0 61 31/83 20 15  
lv-rheinland-pfalz@vdek.com  
@vdek\_RLP

Saarland  
Heinrich-Böcking-Straße 6–8  
66121 Saarbrücken  
Tel.: 06 81/9 26 71-0  
Fax: 06 81/9 26 71-19  
lv-saarland@vdek.com  
@vdek\_SL

Sachsen  
Glacisstraße 4  
01099 Dresden  
Tel.: 03 51/8 76 55-0  
Fax: 03 51/8 76 55-43  
lv-sachsen@vdek.com  
@vdek\_SAC

Sachsen-Anhalt  
Schleiufer 12  
39104 Magdeburg  
Tel.: 03 91/5 65 16-0  
Fax: 03 91/5 65 16-30  
lv-sachsen-anhalt@vdek.com  
@vdek\_ST

Schleswig-Holstein  
Wall 55 (Sell-Speicher)  
24103 Kiel  
Tel.: 04 31/9 74 41-0  
Fax: 04 31/9 74 41-23  
lv-schleswig-holstein@vdek.com  
@vdek\_SH

Thüringen  
Lucas-Cranach-Platz 2  
99097 Erfurt  
Tel.: 03 61/4 42 52-0  
Fax: 03 61/4 42 52-28  
lv-thuringen@vdek.com  
@vdek\_TH



Die vdek-Landesvertretungen  
finden Sie unter  
→ [vdek.com/ueber\\_uns/  
landesvertretungen](https://www.vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen)

# vdek online

vdek.com

 @vdek\_Presse



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin